LE JOURNAL DES PSYCHOLOGUES

LE JOURNAL DES PSYCHOLOGUES

LE MENSUEL DES PROFESSIONNELS

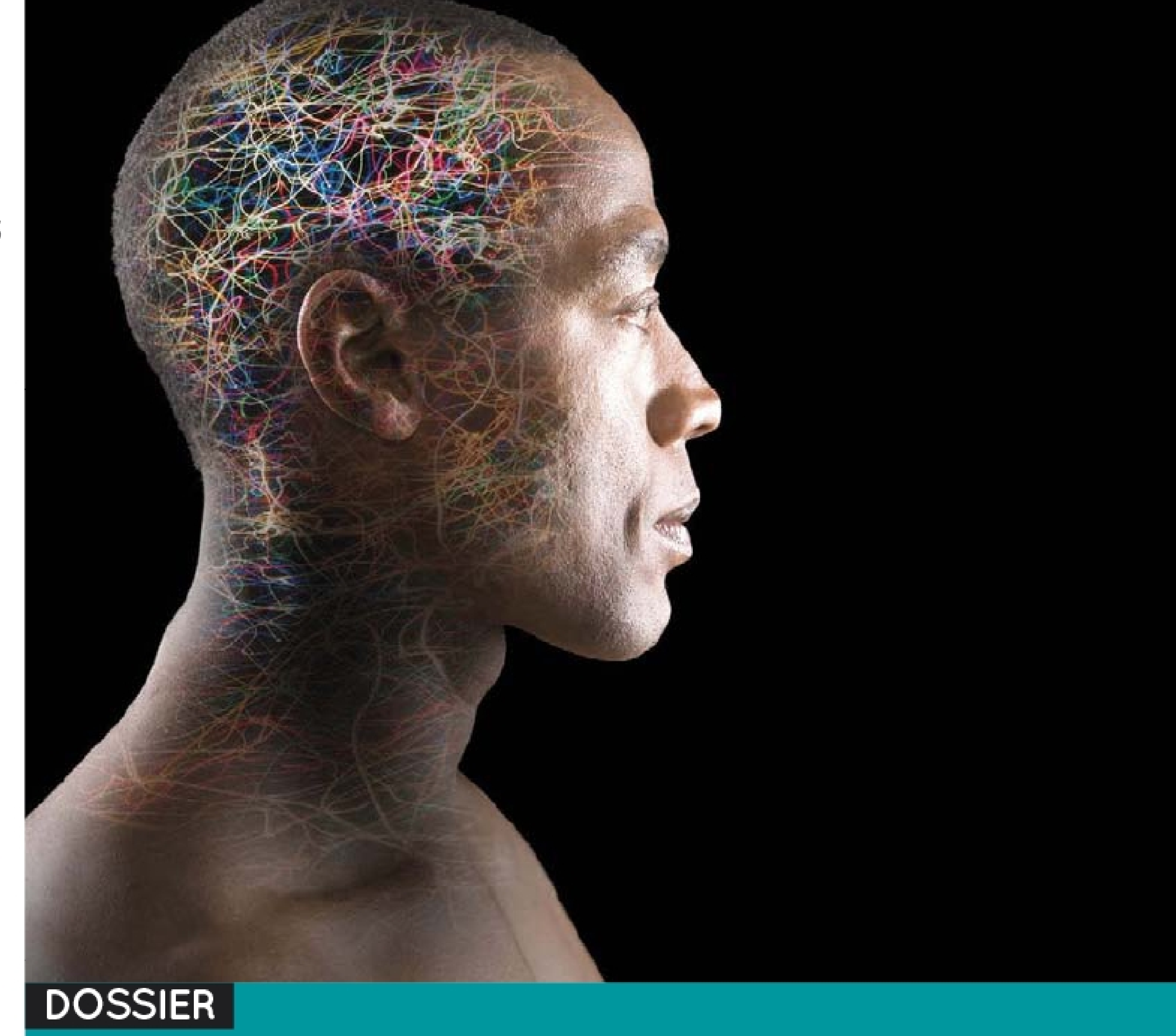
Avortement, contraception et statut de l'embryon

Placement familial, quand les liens interinstitutionnels font défaut

Violence conjugale. Quelle prise en charge ?

Perversions narcissiques : à question déplacée, réponse décalée !

NOUVELLE FORMULE



DOSSIER

Le traumatisme crânien
Des séquelles cognitives à la psychothérapie

N°302 Novembre 2012

DOM : 7,10 € • BEL : 6,90 € • MAR : 69 MAD • NCAL : 820 XPF • POL : 850 XPF

martin média

L 17653 - 302 - F: 6,00 €



LE JOURNAL DES PSY

LE COUPLE

Histoires, destins et conflits



L'ouvrage privilégie l'approche psychanalytique qui permet de percevoir la complexité des relations intra couple : au-delà du « bon » et « mauvais » couple, au-delà des petits rituels, des agencements, des dysfonctionnements apparents.

Le couple est façonné par des déterminants inconscients, par tout ce qui nous échappe.

Ainsi les modalités des liens, conscients mais aussi et surtout inconscients déterminent la vie du couple, ses aléas, ses méandres, ses histoires et ses conflits.

- Hors-série *Journal des psychologues*
- 90 pages, illustré, quadri
- Dos carré collé
- Au prix de 7,90 €

Sous la coordination de **P. Conrath**

Les auteurs :

Colette Braem (psychologue clinicienne) • **Monique Bydlowski** (psychiatre) • **Jeanne Defontaine** (docteur en psychopathologie) • **Vincent Garcia** (psychologue) • **Christine Leprince** (psychologue) • **Anne Loncan** (psychiatre) • **Serge Palin** (anthropologue) • **Sylvain Mimoun** (gynécologue andrologue) • **Jacqueline Schaeffer** psychanalyste) • **Éric Smadja** (psychiatre) • **Leticia Solis-Ponton** (psychanalyste) • **Jean-Marc Talpin** (psychologue clinicien).

BON DE COMMANDE

Nom ....

Prénom ....

Adresse ....

....

Code postal |_|_|_|_|_|

Ville ....

Email ....

Si vous souhaitez une facture acquittée de votre abonnement pour prise en charge budgétaire au titre de la formation continue, cochez la case ci-contre ☐

À retourner au Journal des psychologues • CDE • 10, av. Victor-Hugo – CS 60051
55800 - REVIGNY N° Indigo 0 825 82 63 63 - Fax 03 29 70 56 74

Code AJDP0013

OUI, je souhaite recevoir :

.... ex. de **LE COUPLE Histoires, destins et conflits**

au prix unitaire de **7,90 €*** soit .... €

Je choisis de régler :

❑ **par chèque joint** à l'ordre du *Journal des psychologues*

❑ **par carte bancaire** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Expire fin |_|_|_|_| Signature *(uniquement CB)*

Code CVC |_|_|_| *Code vérification client*

(trois derniers chiffres du n° figurant au verso de votre carte)

❑ **par mandat administratif** *(cachet obligatoire)*

* *Tarif France métropolitaine. Autres destinations, consulter* www.jdpsychologues.fr

ÉDITO

Un pour tous

PATRICK CONRATH
DELPHINE GOETGHELUCK

S'il est des questions propres à susciter des débats sur des modalités de prise en charge adaptées, c'est bien celles qui concernent les atteintes conjuguées du corps et de l'esprit. Lorsque le cerveau est atteint, les fonctions neurologiques, les processus cognitifs, le traitement des émotions, les modalités relationnelles, les fonctions mnésiques, mais aussi le sentiment d'existence et de continuité de soi sont concernés. Devant de tels traumatismes, à la fois psychiques et corporels, quel est le bon interlocuteur ? Le neuropsychologue ? le psychologue cognitiviste ? clinicien ? ou encore le thérapeute familial ? mais aussi l'ergothérapeute ou l'orthophoniste... ?

Le traumatisme crânien, altération substantielle du cerveau, se trouve, à ce titre, au cœur même des conflits de chapelle qui caractérisent notre époque et contaminent notre profession. Mais cette situation paradigmatique est abordée dans notre dossier avec le souci d'accompagner le patient et son entourage, et dans la seule volonté de s'adapter aux besoins nouveaux qui sont les siens depuis son traumatisme. Ainsi, les différents professionnels sont invités à intervenir dans leur champ, mais aussi en interaction, afin de, pourrait-on dire, restaurer par leur complémentarité le sentiment de cohésion du moi ébranlé par les incapacités résiduelles. Chacun dans sa partie, car toutes les dimensions doivent être convoquées, autant ce qui relèvera de la rééducation que de la prise en compte de la souffrance psychique du patient lui-même comme de ses proches. Situation paradigmatique aussi, puisqu'elle rappelle d'autres champs et d'autres conflits qui, par leur violence, semblent porter une souffrance qui n'a pas été entendue et soutenue à sa juste mesure. Avant d'élaborer quoi que ce soit autour du vécu d'une situation traumatique – qu'elle provienne d'une atteinte de l'intégrité psychique ou corporelle ou de l'annonce d'un handicap –, la situation nécessite souvent de commencer par composer avec le réel. À l'aune de ce que l'on peut observer dans des situations de crise, à savoir la nécessité de parer à l'urgence et à la garantie du minimum pour vivre, avant de s'attacher à en élaborer le traumatisme et les répercussions possibles. Ainsi, être aux côtés de la personne souffrante signifie aussi accepter de l'aider à trouver auprès d'autres professionnels ce qui pourrait s'apparenter aux premières nécessités.

Il nous reste, organisations professionnelles et psychologues, à permettre aux psychologues, dans leur diversité, de participer à ce type de travail. Et d'y proposer, par leur titre unique et leur rassemblement autour d'une même déontologie, d'aborder les difficultés des personnes en situation de fragilité psychique et somatique extrême dans leur complexité et non dans le clivage de leurs difficultés.



S O M

N° 302
NOVEMBRE 2012

LE POINT DE VUE DE...

ACTUALITÉS

LIRE



DOSSIER

Le traumatisme crânien Des séquelles cognitives à la psychothérapie

M A I R E

PRATIQUES PROFESSIONNELLES

CULTURE



REGARDS SUR…



LE JOURNAL DES PSYCHOLOGUES

Directeur de la publication : Arnaud Habrant

Rédacteurs en chef : Patrick Conrath, Delphine Goetgheluck

Secrétaire de rédaction : Frédérique Kerfant-Delamotte,

Secrétaire de rédaction adjointe : Véronique Haguenauer

Correctrice : Françoise Martin-Borret

Comité de rédaction : Henri-Pierre Bass, Norbert Bon, Dana Castro, Patrick Conrath, Geneviève Djenati, Alix Foulard, Delphine Goetgheluck, Isam Idris, Frédérique Kerfant-Delamotte, Claude Lemoine, Claudine Le Foyer de Costil, François Marty, Didier Mauger, Serge Raymond, Clément Rizet, Maryse Siksou, Claude Tapia

Culture : Miguel de Azambuja et Florian Houssier

Création graphique : Eden Studio

PAO et CV1 : Gaëtan Melillo

Directeur Marketing - Partenariat : Stéphane Sorin (marketing@martinmedia.fr)

Publicité : Frédérique Kerfant-Delamotte

Fondateur : Armand Touati

Crédits photographiques : CV 1, p. 32 : Getty images – p. 20 : Corbis – p. 26, p. 39, pp. 54-55, p. 60, p. 65 : BSIP – pp. 74-75 : Lighthouse Hill, Image courtesy Dallas Museum of Art.

LE JOURNAL DES PSYCHOLOGUES
Site Internet : www.jdpsychologues.fr

• Rédaction en chef :
5, rue des Allumettes
13090 Aix en Provence
Tél. : 01 53 38 46 46
Fax : 01 53 38 46 40
Courriel : jdp@martinmedia.fr

• Secrétariat de rédaction :
50, ter, rue de Malte
75011 Paris

Seuls les articles qui n'ont fait l'objet d'aucune publication, y compris sur Internet, sont acceptés. Les articles signés sont publiés, après accord de la rédaction, sous la responsabilité de leurs auteurs.

• Administration, abonnements, éditions :
10, avenue Victor-Hugo
CS 60051
55800 Revigny-sur-Ornain
Tél. : 03 29 70 56 33
Fax : 03 29 70 57 44

Diffusion MLP, vente au numéro et réassort :
Sylvie Poussy – Tél. : 03 29 70 56 33
Commission paritaire :
n° 1216T81040 - ISSN 0752-501 X
Dépôt légal à parution

Impression :
Roto-Est-Imprimerie-Moulins-Lès-Metz

Le Journal des psychologues
est édité par MARTIN MEDIA
SAS au capital de 150 000 €
55800 Revigny-sur-Ornain

CLAUDE LEMOINE



Attention, on vous regarde !

Le matin, on consulte un site de voyage, la veille un site d'électroménager, et le soir apparaissent dans les mails des propositions de séjour et des offres d'achat de réfrigérateur. On peut le prendre bien et être reconnaissant de la sollicitude dont on est l'objet. Mais on peut aussi se dire que tant de prévenance cache quelque chose. Est-on surveillé à ce point ?

C'est sans compter avec les intrusions intempestives des fenêtres qui apparaissent sur l'écran quand on lit un article ou écrit un courrier : mise à jour par-ci, sollicitation d'ouverture d'un logiciel par-là, quand ce n'est pas tout bonnement une publicité commerciale ou une annonce de rencontres idylliques. Il faut donc slalomer pour rejeter ces injonctions automatiques. C'est énervant et cela fait monter la tension !

Mais on n'arrête pas le progrès. Sous prétexte de sécurisation, on apprend que ces machines vont bientôt vous reconnaître à la voix, ausculter votre iris ou encore vérifier votre identité à la façon dont vous tapez sur les touches. Bien sûr, c'est pour votre bien, *dixit* : vous pouvez ainsi être à la dernière mode de l'innovation, développer vos conduites intuitives, sécuriser vos données. Mais il n'en reste pas moins que des logiciels connectés au Web savent tout de vous. Dès que vous êtes branché, des systèmes anonymes utilisent votre propre matériel, vous repèrent, scrutent vos moindres faits et gestes chez vous, sans rien vous indiquer de ce qu'ils prélèvent et enregistrent.

Si l'on y ajoute les autres systèmes de capture automatiques de vos activités, la télésurveillance en ville et dans les magasins, les cartes bancaires, les péages d'autoroute, les radars routiers et les caméras aux feux tricolores, il faut bien se rendre à l'évidence que l'on est suivi à la trace. L'étape suivante sera celle des puces bardées de nanotechnologies implantées sous la peau, comme cela se pratique déjà pour repérer les animaux sauvages ou domestiques.

Sans aller jusque-là, il vous suffit d'utiliser un téléphone portable, un GPS ou un iPad pour être localisé, photographié et fiché dans des mémoires gigantesques et durables*. Les administrations recueillent aussi des données personnelles, financières, médicales et autres, de même que les entreprises comme les sociétés d'assurances, les banques ou les grandes surfaces. Le plus souvent, ces informations sur vous sont utilisées à des fins commerciales pour cibler le client potentiel, mais rien n'empêche techniquement d'autres usages.

Seule la protection des clés d'accès et la non-connexion des fichiers limitent les intrusions et évitent de basculer dans le monde de *Big Brother* (Orwell, *1984*). Mais cela dépend uniquement de règles établies qui peuvent être modifiées dans des périodes troublées ou par des régimes autoritaires. Vous pouvez ainsi être surveillé, tant au travail, dans la rue que chez vous.

Face à ces systèmes tentaculaires qui vous scrutent, vous épient et vous enserrent en compilant des données personnelles, le sentiment dominant est sans doute celui d'impuissance. Pour y échapper, il reste à faire le gros dos, comme si de rien n'était, à nier une situation sur laquelle vous n'avez pas de prise ou si peu. Car, au pays de l'informatique, il n'y a pas de communication possible pour remonter à la source de cette emprise, et l'intéressé ne sait même pas si les informations rassemblées sur lui sont utilisées ou non, et à quelles fins.

Cette emprise par observation est d'autant plus forte qu'elle n'est ni visible ni sensible directement, et qu'elle ne permet pas de développer des contre-emprises efficaces. Tout passe par des chaînes d'information virtuelles et impersonnelles qui fonctionnent selon leur programme préétabli, et qui sont déclenchées par l'utilisateur lui-même, fournisseur de données personnelles sans le savoir. Le concepteur est devenu inaccessible. Et il ne sait pas toujours arrêter le système, comme lorsque des opérations de bourse entre ordinateurs s'emballent et produisent des phénomènes non maîtrisables.

En ces temps où le rationnel se généralise, où le tout cognitif ouvre sur le virtuel, chacun en est réduit à développer des craintes parfois infondées ou à s'en remettre en toute confiance, et donc aveuglément, aux systèmes machines qu'il utilise. À la fois attiré par ces objets « intelligents » mais rigides dans leur logique interne, et démuni devant l'ampleur des possibilités offertes, pour le meilleur ou pour le pire, il ne peut qu'apprendre à maîtriser davantage ces robots afin qu'ils se comportent sagement sans se retourner contre leurs utilisateurs.

* Le dernier *bug* de Facebook (25. 09. 12) en est un exemple.

Garde alternée

Et les besoins de l'enfant ?

La garde alternée de l'enfant par chacun des parents dans le cadre d'une séparation de couple n'a jamais, quand elle a été autorisée par la loi, visé l'ensemble des enfants quel que soit leur âge. Elle répondait à une observation statistique de la perte de lien à l'adolescence avec l'un des parents, dans une écrasante majorité, le père. Elle devait se décider dans le cadre d'une réelle entente parentale, et en accord avec l'adolescent. Aujourd'hui, cette modalité de garde, même si elle n'est appliquée qu'avec circonspection par la justice, est néanmoins majoritairement demandée par les parents. En ce que cela témoigne de l'intérêt partagé à poursuivre l'éducation des enfants au-delà de la séparation, le fait est positif. Mais en ce que cela ne tienne, en définitive, pas véritablement compte des intérêts de l'enfant, cela pose un véritable problème. D'autant plus qu'y renoncer conduit nécessairement l'un des parents à accepter des conditions de vie avec l'enfant qui devront être aménagées et non « équitables ».

En effet, l'enfant, dans sa construction, a besoin, en fonction de son âge, d'une stabilité des repères, et l'alternance de lieux de vie, avec tout ce que cela implique en termes de modifications de mode de communication, de cadre, de style de vie, etc., n'aideront en rien.

La Waimh francophone *(the world association for infant mental health)*, devant l'importance des répercussions de cette ignorance des besoins de l'enfant en la matière, a livré un communiqué et des recommandations :

« [...] *sous l'apparente générosité de l'égalité des droits sur l'enfant, l'application de la loi de mars 2002 a été étendue à tous les enfants quel que soit leur âge et sans référence prioritaire à leurs besoins fondamentaux ni à la dynamique de leur développement. Or, cette extension a des conséquences délétères sur leur état psychique qui est souvent négligé derrière ces propositions générales.* [...]

Les recherches s'accordent à dire que, pour les enfants petits, la résidence alternée n'est pas recommandée même en cas d'accord entre les parents. [...]

Devant l'ensemble de ces situations, il est nécessaire de défendre les positions suivantes :

- *la loi de 2002 doit être amendée,* [...] *pour y intégrer à titre de principes minimaux de précaution, l'âge, le développement psychoaffectif de l'enfant et le conflit parental comme des éléments déterminants à prendre en compte dans toute décision portant sur la garde d'un enfant. La philosophie proposée aux juges appelés à prendre ces décisions découle de l'importance du besoin de stabilité de l'enfant, d'autant plus vitale qu'il est petit* [...] *;*
- *l'utilisation du concept de "syndrome d'aliénation parentale" ne peut jamais servir de motif fondamental pour justifier la mise en place d'une résidence alternée*[...] *;*
- *il est nécessaire de créer un diplôme interuniversitaire (*DIU*) et interdisciplinaire pour les professionnels confrontés aux situations de résidence alternée, accompagné d'une formation permanente annuelle ;*
- *il est crucial de mettre en œuvre et de soutenir des recherches-actions sur le terrain.* »

Ce texte est signé par Sylvain Missonnier et Pierre Delion, coprésidents de la Waimh francophone, Bernard Golse, past-président de la Waimh Francophone, et par le groupe de travail « Résidence alternée » de la Waimh francophone coordonné par Anaïs Mechali, secrétaire scientifique.

Hommages

Cette fin d'année s'est teintée de noir. Un certain nombre de personnalités illustres du monde de la psychologie et de la psychiatrie nous ont en effet quittés ces derniers mois.

Ainsi **Roger Misès** s'est éteint en juillet dernier. Résistant pendant la Seconde Guerre mondiale, toute son action de psychiatre psychanalyste qui a suivi était, elle aussi, ancrée dans la résistance et l'action. L'action tout d'abord auprès d'enfants délaissés, car considérés comme grands arriérés. Et c'est à partir de cette clinique qu'il a développé la psychiatrie infanto-juvénile dans les années 1950. Puis, de là, il a porté les grandes avancées en termes de prise en charge des enfants et des adolescents en insistant sur la nécessaire étroite collaboration entre les différents professionnels ; c'était le temps de la création de la psychiatrie de secteur. Et pour résister à la toute-puissance du DSM, il était bien placé pour proposer une classification française des maladies mentales de l'enfant et de l'adolescent.

Vient en septembre la disparition de **Rosine Crémieux,** elle aussi résistante très engagée – infirmière dans le Vercors – et déportée à Ravensbrück. Après des études de pédagogie aux États-Unis, elle devint psychanalyste. Elle a exercé au centre Alfred-Binet, et c'est dans ce cadre qu'elle a participé, avec René Diatkine, Serge Lebovici et Michel Soulé, à la création, puis au développement, de la psychanalyse infantile. Elle fut directrice de publication de la revue *La Psychiatrie de l'enfant.*

En septembre toujours, le décès de **Rosine Debray**. Professeur émérite à l'université Paris-V, psychanalyste membre de la Société psychanalytique de Paris (SPP), ses divers travaux l'ont amenée de l'examen psychologique et la psychométrie à l'importance des relations précoces et de la place du corps dans la structuration du psychisme, mais aussi à la méthode Feuerstein ou encore au travail de deuil.

Enfin, plus récemment, nous avons appris le décès soudain d'**Antoine Besse.** Voici ce que nous en a dit Marc Maximin, psychiatre et compagnon de vie syndicale d'Antoine Besse : « *La psychiatrie perd un humaniste, un militant engagé et un homme d'une grande générosité. Son enthousiasme et son combat incessant au sein des instances nationales et internationales pour défendre une certaine idée de la psychiatrie vont beaucoup nous manquer. Il était président d'honneur de l'*Afpep-Snpp [1] *et président d'*Alfapsy [2]. »

1. Afpep : Association française des sychiatres d'exercice privé
Snpp : Syndicat national des psychiatres privés.

2. Alfapsy : Alternative fédérative des associations de psychiatres.

VICTIMOLOGIE

Les désastres invisibles

Face à des risques naturels ou causés par l'homme provoquant des désastres chimiques, biologiques, radioactifs ou nucléaires (CBRN), l'Union européenne, en coordination avec des politiques nationales de lutte contre les principales menaces transfrontalières pour la santé publique, développe des rencontres entre experts européens afin que, de leurs observations et de leur partage d'expériences, des plans de préparation et d'intervention en cas de menace de cet type puissent être élaborés. Dominique Szepielak, intervenant en tant que psychologue expert, nous présente les conclusions issues de leur dernière rencontre.

Madrid. Fin septembre 2012. Alors que le Mouvement des indignés faisait entendre sa voix Plazza Mayor, dans le centre d'entraînement national de la sécurité civile espagnole, en banlieue sud, des biologistes, des chimistes, des physiciens, des policiers, des pompiers et des psychologues européens se réunissaient plus discrètement pour conclure un travail initié deux ans auparavant sur les désastres chimiques, biologiques, radioactifs et nucléaires (CBRN).

Troisième ville-étape de la réflexion après Berlin en 2010 où ce travail a été initié, puis Cologne, en 2011, c'est donc à Madrid que ce groupe de travail, partiellement financé par le Conseil de l'Europe, est venu confronter ses expériences dans le but de dresser un état des lieux du « support psychosocial », c'est-à-dire de l'impact psychologique et social engendré sur les individus, les familles et la société en général dans les situations qu'en France nous nommons « NRBC » (nucléaire, radiologique, bactériologique et chimique). Parmi ces spécialistes étaient présents de nombreux représentants européens de la sécurité civile allemande, anglaise, française, belge, polonaise, tchèque... premiers acteurs de terrain sollicités dans ce genre de catastrophe.

LES CONSTATS

Le premier constat établi par les spécialistes en physique nucléaire et en biologie, c'est que le risque de ce genre de désastre est bien réel, et ce, malgré un certain déni ambiant.

Le second, c'est que les procédures existantes ne prennent nullement en compte le support psychosocial. L'expérience de Tchernobyl ou encore celle, plus récente, de Fukushima ont démontré une réelle carence dans ce domaine. Carence qui se traduit notamment, aujourd'hui encore, par des suicides au Japon et l'apparition de comportements problématiques, tels la déscolarisation, l'alcoolisme, etc., chez des victimes en Russie.

Il ressort que, dans ce genre de désastre, au vu de la gravité imminente en termes de pollution et-ou d'aide médicale à apporter, le support psychosocial se trouve être dangereusement déconsidéré au profit de supports logistiques, médicaux, voire sécuritaires. Cependant, les différents spécialistes de ces supports privilégiés pointent eux aussi un réel manque de moyens et l'insuffisance des protocoles mis en place.

Plus précisément, concernant le support psychosocial, il est fait état que ni l'impact psychologique sur les aidants ni celui sur les victimes ne sont pris en compte.

L'impact psychologique sur les aidants

Dans leur tenue NBC* inconfortable et fatigante, les aidants, souvent issus de la sécurité civile, se retrouvent eux-mêmes malmenés, et notamment en raison des difficultés de communication liées à ce matériel isolant, qui peut aussi être impressionnant pour les victimes, provoquant parfois des réactions de fuite ou d'agressivité.

Plus prosaïquement, cet équipement impose une contrainte importante, facteur d'anxiété. Et dans un tel contexte, une intervention auprès de personnes mortes ou en très grande souffrance peut provoquer une saturation, voire un traumatisme psychologique chez les aidants.

Par ailleurs, ces derniers ont eux aussi une famille. Et savoir qu'ils sont préservés alors que leur famille ne l'est pas peut être très mal vécu.

L'impact psychologique sur les victimes

Dans les situations de crise NRBC (nucléaire, biologique / bactériologique, chimique), qu'elles soient dues à un accident ou à un acte terroriste, les

victimes se trouvent dans une situation paradoxale avec, d'un côté, un niveau de gravité établi et, de l'autre, la possibilité, voire l'impossibilité, de percevoir cette gravité. En effet, les effets NRBC étant généralement imperceptibles par les sens, la gravité de la situation s'en trouve alors invisible, illisible, hormis pour les spécialistes. Et cela est extrêmement perturbant et déstabilisant, les conséquences pouvant se faire ressentir des années après l'événement.

Parfois, la gravité peut aussi être déconsidérée ou amplifiée. Cependant, dans les deux cas de figure, il est impossible, pour un individu, d'en percevoir les effets objectifs, les lésions ou les infections pouvant se manifester sur le long terme ou subitement, avec néanmoins un délai entre l'événement et les premiers symptômes.

LA COMMUNICATION

Les questions liées à la communication se sont également retrouvées au cœur des discussions. En voici quelques observations :

• La communication relayée par les médias : sur la question de la dangerosité, les spécialistes ne s'accordent pas toujours et peuvent parfois véhiculer des informations contradictoires (nous l'avons notamment constaté lors des événements de Fukushima).

• La communication des autorités : il s'avère qu'elles sont généralement prises entre le marteau et l'enclume, entre la raison et l'affect !

• La communication auprès des populations : peu de pays ont mis en place des protocoles permettant à la population d'anticiper et de se préparer à ce genre de catastrophe. En résulte donc généralement une panique que les aidants auront à canaliser. De même, les écoles devraient être informées des protocoles à suivre, ce type de catastrophe pouvant survenir à n'importe quel moment.

• La communication sur les symptômes : le triage entre les personnes infectées et celles qui ne le sont pas peut être extrêmement complexe.

• La communication liée au sigle « NBC » est en soi perturbante, car elle regroupe des aspects qui peuvent être très différents, et les protocoles le sont donc tout autant, qu'il s'agisse d'une catastrophe bactériologique ou d'une catastrophe nucléaire, par exemple.

Ainsi, dans le cadre de la communication faite autour des NRBC, il s'agit donc avant tout de s'entendre sur la définition : le point commun entre une catastrophe chimique, bactériologique et nucléaire, c'est notamment qu'elles ont la particularité de pouvoir être extrêmement discrètes au niveau de nos sens, c'est-à-dire impalpables, invisibles, inodores... tout en étant extrêmement graves au point de pouvoir provoquer des lésions létales au sein de notre organisme.

Les experts présents ont également signalé que les établissements hospitaliers sont, dans leur majorité, ni configurés ni entraînés pour ce genre de catastrophe en matière de décontamination, de stérilisation, de sas de sécurité...

UN TRAVAIL À POURSUIVRE

Une fois tous ces aspects pointés, il reste à préciser que l'un des risques encourus par la population, dans ce genre de catastrophe, est le chaos. En effet, certaines personnes peuvent estimer ne plus rien avoir à perdre, et initier des pertes de repères qui remettent en cause les acquis liés à la civilisation. Dans une moindre mesure, des individus peuvent ressentir cette rupture avec la civilisation en leur for intérieur et en venir, par exemple, à se suicider. On a ainsi pu observer une vague de suicides de personnes du troisième âge à la suite de la catastrophe de Fukushima.

Le travail qui nous a ainsi mobilisés sur ces deux années a permis d'identifier clairement plusieurs points objectifs concernant les catastrophes NRBC. Leurs impacts psychologiques sont loin d'être négligeables et fragilisent, par leur propension à produire le chaos, les bases et les repères de nos civilisations, produisant une souffrance collective et individuelle. Le support psychosocial, avec tout ce qu'il implique, nécessite donc une prise en compte responsable.

Heureux de ce partage d'expériences, nous avons prévu de poursuivre ce travail.

Dominique Szepielak
Doctorant
Psychologue clinicien
Chargé de mission
« Crises et désastres » pour la FFPP
Représentant à l'EFPA

Note

*La tenue NBC est une combinaison qui protège des radiations radioactives, mais aussi des contaminations chimiques et bactériologiques (*ndlr*).

AGENDA

NOVEMBRE

Versailles
Le 5 novembre 2012

Petite enfance et fondements familiaux : enjeux et perspectives

Colloque organisé par l'Association française de maternologie et le CH Jean-Martin-Charcot.

La vision de l'enfant, de son développement, a connu une considérable mutation au cours de ces dernières décennies. Si la petite enfance porte en son sein les germes du passé, du présent et du futur, sait-on vraiment ce qui la compose, quelles spéciations humaine et culturelle la constituent ?

Lieu : Université Interâges

Renseignements :
Tél. : 01 30 23 03 17
Courriel : materno@sfr.fr
Site : http://materno.perso.sfr.fr

Nîmes
Les 8 et 9 novembre 2012

Institutions et créativité

IIIes Assises du médico-social organisées par l'Association scientifique de psychiatrie institutionnelle (AsPi).

« Dans des temps souvent dominés par la gouvernance économique et la réduction des coûts de prise en charge, il nous semble impératif que les plus démunis ne soient pas les premières victimes de ce qu'il est convenu d'appeler "la crise". Seule une forte mobilisation associative et professionnelle peut permettre d'éviter pareille éventualité. Dans ce contexte, nous pensons que, loin de nous laisser nous détourner de nos objectifs, à savoir l'accompagnement et les soins, notre énergie devrait se concentrer à créer les meilleures conditions d'une rencontre, d'une prise en compte soignante et éducative des "usagers". Nous rejoignons ici ce que les MDPH appellent un "projet de vie", que nous souhaitons le plus adapté possible aux enfants ou adultes qui bénéficient de notre prise en charge. Or, chacun sait l'importance de l'imagination, de la *créativité* et du *plaisir* dans ce domaine.

Dans ces IIIes Assises du médico-social, c'est cette dimension de *créativité* dans les institutions que nous souhaitons discuter et soutenir, dans une mise en commun des réflexions théoriques, cliniques, mais aussi des pratiques institutionnelles. »

Lieu : Hôtel Atria

Renseignements :
Tél. : 01 43 71 62 60
Courriel : roger.salbreux@orange.fr

Arcachon
Du 5 au 8 novembre 2012

Maladie d'Alzheimer : the end of the beginning or the beginning of the end ?

IIIe Édition des Aquitaine conférences sur les neurosciences.

Le vieillissement de la population s'accélère depuis les années quatre-vingt, et un tiers des Français devrait être âgé de plus de soixante ans d'ici à 2040, soit plus de vingt millions de personnes. Et plus la durée de la vie est longue, plus l'être humain augmente ses chances de contracter la maladie d'Alzheimer.

L'un des enjeux majeurs de la recherche concerne la découverte de marqueurs prédictifs, fiables, permettant de faire le diagnostic le plus précoce possible. Une simulation a démontré que si l'on a repoussé, ne serait-ce que de cinq ans, le début de la maladie, le nombre de patients atteints pourrait être réduit de 50 %.

Lieu : Palais des congrès

Renseignements :
Tél. : 05 57 57 80 00
Courriel : aquitaine.conferences@dday.fr
Site : http://conferences.aquitaine.fr

Paris
Les 9 et 10 novembre 2012

Les fondamentaux de la psychopathologie psychanalytique. D'hier et de demain.

Colloque organisé par l'Unité transversale de recherche en psychologie et psychopathologie de l'université Paris-XIII et le laboratoire de psychologie clinique et psychopathologie de l'université Paris-Descartes.

La psychopathologie psychanalytique est actuellement la cible d'attaques variées. Au-delà de la psychanalyse, c'est la pensée vive des sciences humaines et sociales qui est visée, car elle résiste à un modèle gestionnaire prônant en idéal humain un consommateur adaptable et soumis à la médicalisation de l'existence. En psychopathologie, la vogue est à l'instant, au perceptible, à l'objectivable et à l'intégratif, au détriment de l'histoire, de l'intériorité d'un sujet résistant au contrôle. En filigrane, ce sont bien les dimensions historiques et subjectives du sujet qui risquent d'être scotomisées tout autant que son épistémologie complexe.

Lieux :
- *Le 9 novembre : salle Notre-Dame-des-Champs*
- *Le 10 novembre : Amphi Lagache, université Paris-Descartes*

Renseignements :
Tél. : 01 55 20 57 23
Courriel : clinap.fondamentaux@gmail.com
Site : www.univ-paris13.fr

Montargis
Le 13 novembre 2012

Corps à corps avec Parkinson

Colloque organisé par l'association Assopark.

Renseignements :
Courriel : assopark_2006@yahoo.fr

Bruxelles (Belgique)
Du 14 au 16 novembre 2012

« Penser la psychose ». Savoirs et pratiques

IIe Congrès international organisé par la Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale.

Mondialisation débridée entraînant une précarisation matérielle et psychique croissante, crise(s) de nos sociétés postmodernes, injonctions d'efficacité, d'immédiateté et de performance, logiques sécuritaires, délitement du collectif : ces différents phénomènes engendrent des transformations importantes de la norme et produisent des logiques d'exclusion et de déliaison. Quels repères construire pour les comprendre ?

Lieu : Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale

Renseignements :
Tél. : (02) 511 55 43
Courriel : lbfsm@skynet.be
Site : www.lbfsm.be

Paris
Le 15 novembre 2012

Un enfant confronté à un secret familial

Conférence dans le cadre du cycle de conférences : l'examen psychologique. Cinq études de cas.

La méthodologie qualitative de l'étude de cas permet de rendre compte de la complexité, avec une perspective psychodynamique, de la rencontre entre le sujet et le clinicien dans le cadre de l'examen psychologique.
Intervenants : G. Cognet, C. Arbisio.
Lieu : École de psychologues praticiens

Renseignements :
Courriel : contact@appea.org
Site : www.appea.org

Dorigny (Suisse)
Le 17 novembre 2012

Le groupe et la médiation. Enfants-adolescents-adultes
Colloque de l'Arpag.
Parmi les thèmes abordés : Groupes d'enfants psychotiques à médiation par la peinture ; de l'image aux histoires : un groupe « films » à l'adolescence ; le dessin en groupe : relance du processus ; le corps comme médiation dans un groupe de psychomotricité ; un groupe expérimental d'adultes avec photolangage ; groupes de parole brefs avec des patients d'âge avancé.
Lieu : Campus de Dorigny, Le Cubotron Université de Lausanne

Renseignements : Site : www.arpag.ch

Paris
Le 17 novembre 2012

Groupes thérapeutiques et vie institutionnelle
Colloque organisé par l'Institut français d'analyse de groupe et de psychodrame (Ifagp).
La mise en œuvre de groupes thérapeutiques est fortement sollicitée dans les organisations à caractères sanitaire et social. Au-delà des raisons économiques, les situations de groupe apparaissent comme des réponses possibles à une sorte d'inquiétude que la promotion de l'individu ne se fasse aux dépens du « commun » qui réunit les hommes. Les dispositifs et aménagements institutionnels permettent la mise en place des groupes thérapeutiques, à certaines conditions. Il y a lieu de s'interroger sur les rapports de ces dispositifs avec les autres approches thérapeutiques dans le cadre d'une même organisation. Quels accordages vont pouvoir se réaliser entre l'institution et ces groupes à visée explicitement psychothérapique ?
Qu'est-ce qui rend un groupe thérapeutique : l'adéquation du dispositif à la psychopathologie des patients ? la place du groupe au sein de l'institution ? la formation des thérapeutes ? Comment faire fonctionner la « tiercéité » entre le groupe et l'institution ?
Parmi les intervenants : A. Dubois, Y. Larivière, M. Laxenaire, R. Mancini, C. Marc.

Renseignements :
Tél. : 01 45 88 23 22
Courriel : ifagp@club-internet.fr

Paris
Le 18 novembre 2012

Et l'enfant créa la mère ?
Journée d'études du Groupe international du rêve-éveillé en psychanalyse (Girep).
Mère et nourrisson se cherchent, se trouvent, se créent. Émois, désarrois, échecs, ajustements, tissent le canevas de ces toutes premières relations. À notre époque de changements et de bouleversements autour de la famille et de la maternité, qu'en est-il du désir d'enfant, du temps à prendre pour concevoir et mettre un enfant au monde ? Comment une femme devient-elle mère, au terme de quel parcours et à quel prix ? Est-ce un instinct naturel, un talent, une coconstruction mère-enfant ?
Lieu : Forum 104

Renseignements :
Tél. : 01 42 22 75 14
Courriel : girep@girep.com
Site : www.girep.com

Tournai (Belgique)
Le 21 novembre 2012

L'épuisement professionnel : le *burn-out,* dans le secteur du médico-psychosocial et de la santé mentale. Comment l'approche systémique peut-elle aider l'institution ?
Colloque franco-belge organisé par Enssycofa.
Comment l'exigence de soi, la recherche de réalisation personnelle et le besoin de reconnaissance peuvent être des facteurs de risque ? Qu'en est-il du sentiment d'isolement professionnel en institution ? en milieu ouvert ? Y a-t-il des secteurs d'activité plus sensibles que d'autres selon le public accueilli ?
Lieu : Maison de la culture

Renseignements :
Tél. : 07 70 14 07 47
Courriel : ENSSYCOFA@hotmail.fr
Site : www.enssycofa.fr

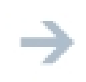
Bron
Les 21 et 22 novembre 2012

IIes Journées Cinéma et Psychiatrie du Vinatier
Société, famille, handicap, soins, frontières... autant de thèmes associant le cinéma et la psychiatrie comme une possible rencontre, alors immortalisée par l'image, entre une époque et ses acteurs. Le style documentaire s'approprie le sujet et rend compte de cette projection de nous-mêmes, de façon réaliste ou poétique, ouvrant à la question clinique et sociétale.
Lieu : Centre hospitalier Le Vinatier

Renseignements :
Tél. : 04 37 91 50 14
Courriel : lydie.sartelet@ch-le-vinatier.fr

Paris
Le 22 novembre 2012

Oser en santé mentale. Liberté d'initiative et de créativité en santé mentale
Journée d'études organisée par la Fédération d'aide à la santé mentale Croix-Marine.
La vie, par essence, et la liberté, parce qu'elle cherche à modifier l'ordre du réel, sont en soi une succession de prises de risque. Le refuser par la peur de la sanction rend frileux et interroge la liberté d'initiative et de créativité de chaque être humain. Or, dans notre société du préjudice, effacement du solidaire, exigences de précaution et de sécurité s'appuient sur le déni de la mort, le droit du « non-risque » et à la réparation. Les pratiques évoluent pour se soumettre aux procédures d'évaluation et aux multiples protocoles. Créatives à l'origine, elles deviennent standardisées et homogènes. Prendre un risque avec une personne en souffrance psychique est un impératif éthique. C'est lui donner crédit d'une potentialité de vie plus autonome et responsable.
Lieu : Centre interdépartemental de gestion



AGENDA

→ **Renseignements :**
FASM Croix-Marine
Tél. : 01 45 96 06 36
Courriel : croixmarine@wanadoo.fr
Site : www.croixmarine.com

Paris
Les 22 et 23 novembre 2012

Les rencontres vidéo en santé mentale
XIVe Édition organisée par l'EPS Maison-Blanche.

Lieu : Cité des sciences et de l'industrie

Renseignements :
Tél. : 06 10 08 31 88
Courriel :
danielsimonnet@hotmail.com

Paris
Les 22 et 23 novembre 2012

Le rêve au cœur de la relation d'aide. Utopie, imagination et autres curiosités
Colloque organisé par l'association Parole d'enfants.

La capacité de rêver constitue une ressource parfois sous-estimée dans nos pratiques professionnelles où la tendance naturelle consiste à braquer le projecteur sur les problèmes, les souffrances, les difficultés. L'« imagination sociale », dimension constitutive de la vie en commun, débouche sur de nouvelles façons d'envisager la vie ensemble, la solidarité, la relation d'aide, mais aussi la folie, l'étranger, la différence, les frontières...

Lieu : Unesco

Renseignements :
Tél. (France) : 0800 90 18 97
Tél. (Belgique) : 00 32 04 223 10 99
Courriel : info@parole.be
Site : www.parole.be

Metz
Les 22 et 23 novembre 2012

Traiter le passé pour préparer le futur
IIIe Séminaire de recherche sur la psychothérapie EMDR.

Parmi les thèmes abordés : L'intégration de l'EMDR et la thérapie familiale ; neuro developmental problem and EMDR ; protocoles d'urgence en EMDR : de la théorie à la pratique ; présentation des publications et des travaux en cours du laboratoire EPSAM de l'UPVM de Metz ; attachement et troubles dissociatifs : enjeux, interventions et traitements, etc.

Lieu : Université Paul-Verlaine, Amphi Demange

Renseignements :
Courriel : georgin@univ-metz.fr

Paris
Le 23 novembre 2012

Droit du travail, droit au travail, pour qui ?
Colloque organisé par la Fédération AEFTI.

Lieu : Bourse du travail

Renseignements :
Tél. : 01 42 87 02 20
Courriel : federation@aefti.fr
Site : www.aefti.fr

Paris
Le 24 novembre 2012

La Masse, le Groupe, la Singularité
Rencontre-débat du Collège international de psychanalyse et d'anthropologie (CIPA).

En ce début du XXIe siècle, les masses se constituent en favorisant l'émergence d'un meneur circonstanciel représentant des souffrances issues d'une grande précarité, menant certains jusqu'à l'auto-élimination. Alors, que devient la singularité de chacun ? Comment le groupe, médiateur, maintiendra-t-il des interdits fondateurs ? Penser la masse en différenciant l'individuel et le collectif, serait-ce la tâche civilisatrice toujours à accomplir ?

Intervenants : A. Antoine, F. Benslama, M. Brouta, A.-L. Diet, E. Diet, M.-L. Dimon, Ch. Gioja Brunerie, M. Selz, M.-G. Wolkowicz, G. Zimra.

Lieu : ASIEM

Renseignements :
Courriel : contact@association-cipa.org
Site: www.cipa-association.org

Paris
Le 24 novembre 2012

Santé psychique de l'étudiant et du jeune adulte
Colloque organisé par CLIPSY-Centre de recherches D. Anzieu (EA 4430), en collaboration avec le CERSM (EA 2931), le LAPPS (EA 4386) et le LPCC (EA 4431).

Les souffrances psychiques des étudiants sont trop méconnues et trop peu prises en charge. Pourtant, comme le soulignent les rares enquêtes épidémiologiques à ce sujet, la prévalence des troubles psychiatriques étudiés chez les primo-inscrits sur douze mois atteint 25,7 %. Depuis une dizaine d'années, on constate une aggravation de cet état, en particulier par un prolongement de l'adolescence. Cela conduit au risque d'émergence des troubles psychologiques ou psychiatriques latents : troubles des conduites (suicides, troubles de la sexualité, addictions...), à des difficultés d'inscription dans le monde professionnel et social : un avenir personnel et collectif incertain et imprévisible, des menaces de décrochage universitaire, une déserrance universitaire et des risques de précarisation.

Lieu : Amphi S1, bâtiment S, université Paris-Ouest

Renseignements :
Courriel :
clipsy.centre.anzieu@gmail.com

Lyon
Le 24 novembre 2012

Liens et affectivité : liaison et déliaison
VIIIe Journée scientifique et IIe Journée internationale organisées par l'association Apsylien.

Les affects participent aux processus de liaison et de déliaison qui oscillent dans toutes les relations. Mais il arrive que ces processus perdent leurs qualités : affects et parole se délient et des crises identificatoires empêchent les sujets de se reconnaître et reconnaître les autres. Les liens sociaux se délitent dans le déni des différences et l'exclusion, les replis communautaristes, l'accroissement de la violence et de la peur. Les nouvelles configurations de couple et de famille témoignent des diverses formes de manifestation des affects. Comment la clinique groupale et institutionnelle peut-elle accueillir, contenir et traiter les manifestations et les effets des affects difficilement élaborables ?

Lieu : MJC Monplaisir

Renseignements :
Tél. : 06 87 71 84 55
Courriel : apsylien@wanadoo.fr
Site : www.apsylien.com

Dijon
Le 24 novembre 2012

Autismes, déficiences et sur-handicaps

Colloque régional organisé par le CREAI de Bourgogne.

Une grande proportion de personnes avec autisme présente des retards de développement plus ou moins massifs, des dysharmonies évolutives, des déficits cognitifs et intellectuels, moteurs, instrumentaux et-ou sensoriels. De fait, la dimension handicapante et les souffrances mêlent, dans la plupart des cas, autant les singularités autistiques que les effets multiples de ces déficits, parfois très lourds. Il s'agira alors de mesurer les particularités de ces fonctionnements autistiques quand ils se trouvent ainsi associés aux registres du déficit, dans des évolutions le plus souvent dysharmoniques, d'appréhender ces questions cliniques et pratiques, de mettre en commun les recherches, réflexions et expériences respectives et d'envisager ensemble une amélioration des modes d'accompagnement.

Lieu : Domaine du Lac

Renseignements :
Tél. : 03 80 28 84 40
Site : www.crabourgogne.org

Paris
Le 24 novembre 2012

Actualité de la pensée kleinienne

Journée d'hommage à Hanna Segal organisée par l'Association internationale interactions de la psychanalyse.

À partir du développement décisif qu'elle a apporté à la technique du jeu, Melanie Klein a permis à la psychanalyse de l'enfant un développement inattendu qui permit des avancées théoriques considérables. Si, depuis lors, nombre de concepts kleiniens sont passés dans le domaine public (clivage, objet partiel, identification projective, positions paranoïde et dépressive, etc.), force est de constater que la cohérence interne de la métapsychologie kleinienne reste fortement méconnue.

Lieu : École de psychologues praticiens

Renseignements :
Ségolène Payan
Courriel : interactions.psychanalyse@gmail.com
Site : www.a2ip.org

Nantes
Du 26 au 28 novembre 2012

Accompagnement des troubles cognitifs et des apprentissages, la question spécifique des DYS : où en sommes-nous aujourd'hui ?

35e Congrès national de FISAF.

Si la loi de février 2005 a profondément modifié l'esprit, les procédures et la définition des rôles de chacun renforçant les actions en faveur de la scolarisation, en réaffirmant le droit à la scolarisation de tous les enfants et adolescents en situation de handicap, et en introduisant la notion de « parcours de formation », la question de la scolarisation des DYS n'est pas, pour autant, résolue.

Lieu : Centre de congrès

Renseignements :
Tél. : 05 57 77 48 30
Courriel : contact@fisaf.asso.fr
Site : www.fisaf.asso.fr

Paris
Le 30 novembre 2012

Spécificités des médiations corporelles à l'adolescence. Enveloppements thérapeutiques et massages, les chemins de la subjectivation

Journée organisée par le département de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte de l'Institut mutualiste Montsouris.

Les souffrances de l'adolescent s'expriment régulièrement par et au travers du corps. Des troubles somatoformes plus ou moins bénins aux conduites d'automutilation en passant par l'anorexie et les conversions hystériques, c'est le corps qui semble contenant et contenu du mal-être. Les adolescents peuvent être en recherche d'une autre médiation permettant une réassurance enveloppante appuyée sur les éprouvés corporels. Comment rencontrer l'adolescent et son corps ? Comment penser l'articulation avec les autres dimensions du soin dans une prise en charge globale ?

Lieu : Institut mutualiste Montsouris

Renseignements :
Courriel : corinne.dugre-lebigre@imm.fr

DÉCEMBRE

Paris
Le 3 décembre 2012

Les EIP. Entre réalité clinique et illusion scientifique

IIe Journée clinique de l'APPEA.

L'évaluation des effets et des performances de l'intelligence humaine a ouvert des voies d'exploration majeures, son corollaire étant l'utilisation problématique des mesures et de leurs représentations dans le champ social. De multiples concepts et références interviennent dans le domaine de l'intelligence ou plutôt « des intelligences », rendant difficiles les définitions consensuelles avec des conséquences pour la démarche nosologique et l'approche clinique.

Même si quelques personnalités morales et humanistes ont très tôt évoqué les risques d'instrumentalisation de ce méli-mélo théorico-pratique et l'évolution des pratiques d'évaluation des psychologues, elles n'ont pu encore assurer une cohérence clinique satisfaisante de ce concept. Le paradoxe réside probablement dans le souci de chercher à la fois de sortir les EIP de leurs difficultés, et celui de vouloir leur reconnaître en même temps un « statut » spécifique au risque de la stigmatisation ou au prix de la justification parfois douteuse des seules données de la psychométrie.

Lieu : Cité des sciences de la Villette

Renseignements :
Site : www.appea.org

Dijon
Les 5 et 6 décembre 2012

La formation par alternance. Vers un renouvellement des questions et des propositions

Colloque organisé par l'Institut Jacotot.

L'alternance, aujourd'hui, est particulièrement encouragée par les responsables de formation et les décideurs politiques. L'engouement pour cette modalité de formation mérite d'être interrogé : qu'est-ce qui en constitue les fondements ? Qu'appelle-t-on « alternance » ? Qu'est-ce que fait l'alternance à ceux qui la vivent et la font vivre ?

Lieu : Institut international Joseph-Jacotot



→ **Renseignements :**
Véronique Briet
Tél. : 03 80 54 14 14 / 06 24 96 47 44
Courriel : v.briet@institut-jacotot.eu
ou contact@institut-jacotot.eu
Site : www.institut-jacotot.eu

Rouen
Du 6 au 8 décembre 2012

Famille, handicap et culture

VIIe Séminaire international interuniversitaire sur la clinique du handicap (SIICLHA).

Le traumatisme qu'engendre le handicap affecte les liens aux autres, et plus particulièrement les liens au sein de la famille. La culture offre au sujet une manière de penser, de rêver, de fantasmer à propos des multiples visages, expressions de la vulnérabilité humaine que représente le sujet handicapé. Il s'agira d'analyser les fonctions tantôt protectrices, tantôt aliénantes et traumatiques, des sens que prend le handicap dans la culture. Intégrer la dimension de la culture suppose de réfléchir aux situations cliniques qui conduisent des psychothérapeutes, des psychologues cliniciens, ainsi que tous les professionnels actifs dans le champ du handicap, à travailler avec des familles d'une autre culture et, parfois, d'une autre langue. Cela suppose aussi de s'enrichir de ce que d'autres cultures ont créé comme dispositifs pour travailler avec les familles dont l'un des membres est handicapé.

Lieu : Université de Rouen, Maison de l'université

Renseignements :
Tél. : 06 99 66 32 60
Courriel : scelles@free.fr
ou seminairehandicap@noos.fr
Site : http://siiclha.colloques.univ-rouen.fr

Paris
Le 7 décembre 2012

Conflits de loyauté

Colloque organisé par la revue *Enfances & psy.*

Parce qu'il est dépendant des adultes qui l'entourent, l'enfant peut être écartelé dans des conflits de loyauté. Cette notion s'applique dorénavant à de nombreuses réalités de la vie des enfants et des adolescents dans le champ de la famille (séparations conflictuelles, placements, recompositions familiales, adoption), mais aussi de l'identité culturelle et sociale, du développement psychique, du droit, et se retrouve dans la relation thérapeutique. Le colloque s'attachera à définir et comprendre les notions de loyauté et de conflit de loyauté dans leurs dimensions psychologiques, anthropologiques et juridiques, et abordera diverses circonstances cliniques qui donnent lieu à ce type de dilemme, les conséquences qui en résultent pour l'enfant et l'adolescent et le rôle des professionnels.

Lieu : Espace Reuilly

Renseignements :
Tél. : 01 46 33 70 47
Courriel : colloques@enfanceetpsy.net
Site : www.enfanceetpsy.fr

Paris
Les 7 et 8 décembre 2012

Ruptures... et... renouveau...

XIIe Colloque organisé par le GYPSY.

Imposées, nécessaires ou volontaires... les ruptures, inévitablement, sillonnent l'existence. Elles ne sont pas toutes de même nature. Le destin biologique en conditionne certaines : la procréation, la naissance, la puberté, le milieu de la vie, le vieillissement, constituent autant de passages susceptibles d'engendrer des crises. D'autres sont induites par des causes extérieures : l'adversité, la maladie, l'histoire, les accidents, les conflits... Que l'on soit à l'initiative de la rupture ou que l'on en soit la victime, il y aura toujours une perte, un renoncement à faire de ce qui existait « avant l'événement ». De quelque nature qu'elles soient, elles infligent un traumatisme. Les blessures liées à la déliaison brutale entraînent après coup de nécessaires modifications psychiques. Chaque rupture doit trouver son mode de résolution et sa signification pour la psyché du sujet singulier.

Lieu : Faculté de médecine

Renseignements :
Tél. : 01 43 34 76 71
Courriel : jscongres@wanadoo.fr
Site : www.gypsy-colloque.com

Paris
Le 13 décembre 2012

Un adolescent difficile en situation d'interculturalité

Cycle de conférences : l'examen psychologique. Cinq études de cas.

La méthodologie qualitative de l'étude de cas, retenue pour ce cycle, permet de rendre compte de la complexité, avec une perspective psychodynamique, de la rencontre entre le sujet et le clinicien dans le cadre de l'examen psychologique.

Lieu : École de psychologues praticiens

Renseignements :
Courriel : contact@appea.org
Site : www.appea.org

JANVIER 2013

Lyon
Le 19 janvier 2013

Penser la mort aux temps du vieillissement

Colloque organisé par l'ARAGP.

Le sujet âgé est souvent pensé comme proche de la mort, comme plus proche de celle-ci que les plus jeunes, ce qui relève à la fois de la statistique, de la croyance et de mouvements défensifs. La vieillesse est parfois ramenée à la fin de vie, ce qui relève alors soit d'un vœu de mort par des tiers soit d'un mouvement dépressif chez le sujet âgé. Dès lors, y a-t-il une spécificité à la fin de vie et à la mort pour le vieillard ?

Lieu : Centre hospitalier Saint-Jean-de-Dieu

Renseignements :
Tél. : 04 37 90 13 60
Courriel : contact@aragp.fr
Site : www.aragp.fr

Toulouse
Les 19 et 20 janvier 2013

La haine. Une passion familiale

IXe Colloque organisé par la Société française de thérapie familiale psychanalytique.

Les thérapeutes familiaux sont régulièrement confrontés aux manifestations et aux effets des haines intrafamiliales. Dans certaines familles, le huis clos et la promiscuité en constituent le creuset. Au sein de liens fortement marqués par les choix d'objet amoureux et l'idéal de l'amour familial, le surgissement de la haine interroge : la haine est-elle issue d'un héritage transgénérationnel ? Est-elle d'emblée liée à l'amour ? Quels rapports entretient-elle avec l'emprise et l'envie ?

Est-elle une défense contre l'abandon et le désinvestissement ?
En thérapie, les affects de haine se glissent en suivant les fils des transferts et contre-transferts, produisant des effets majeurs dans les processus thérapeutiques.
Lieu : Hôtel Palladia

Renseignements :
Tél. : 01 74 71 71 66
Courriel : francoise.moutardier@free.fr
Site : www.psychanalyse-famille.org

FÉVRIER

Hyères
Les 7 et 8 février 2013

Les liens d'alliance et le soin
Congrès organisé par Pierre Benghozi et parrainé par la Fédération européenne de psychothérapie psychanalytique (EFPP).
De l'accueil au lien thérapeutique, quels sont les enjeux de la rencontre avec un enfant, un adolescent, un couple, une famille, un groupe, une institution, un réseau social, une communauté... ?
Parmi les intervenants : R. Kaës, B. Cyrulnik, T. Feres Carneiro, A. M. Schlosser, S. Tisseron, A. Nicolo, D. Lucarelli, G. Tavazza, P. Benghozi, P. Gutton, D. Marcelli, A. Eiguer...
Lieu : Forum du Casino Hyères Les palmiers

Renseignements :
Bruno Manuel
Tél. : 06 60 99 59 47
Courriel : manuel.13012@gmail.com
Site : http://congreshyeres2013.blogspot.fr

Lyon
Les 8 et 9 février 2013

Pratiques psychologiques et citoyenneté. Aliénation, subjectivation et lien social
IIe Colloque organisé par l'Institut de psychologie de l'université Lumière-Lyon-II.
Les pratiques psychologiques, quels que soient la diversité de leurs champs d'exercice et leurs étayages théoriques, prennent place au cœur du monde, participent à sa construction et à sa transformation. Comment penser les renversements qui, d'une visée de désaliénation des sujets et des groupes sociaux, peuvent conduire à de nouvelles formes d'aliénation ? Qu'en est-il de la contribution de ces pratiques à la psychologisation des problèmes sociaux ? Comment participent-elles aussi à la mise au silence du « négatif » ? L'actualité autour du titre de psychothérapeute, les transformations du champ et des règles d'exercice, obligent à prendre la mesure du registre politique de ces pratiques.
Intervenants : A. Ciccone, B. Cuvillier, G. Gaillard, E. Grange, C. Laval, P. Mercadet, J. Puget, Y. Schwartz, J.-M. Talpin, F. Hanique (sous réserve).
Lieu : Université Lumière-Lyon-II

Renseignements :
Courriel : colloque.fsp@univ-lyon2.fr

Paris
Les 8 et 9 février 2013

Autisme(s) et psychanalyse(s). Évolution des pratiques, recherches et articulations
Congrès organisé par le CIPPA et l'université Paris-Diderot (Paris-VII).
Dans les années soixante-dix, notamment à partir de l'observation fine des bébés, des psychanalystes ont repéré les particularités de la sensorialité dans l'état autistique. Cette méthode d'investigation clinique a contribué au long des années à une compréhension extrêmement fine de l'autisme, ayant observé et détaillé les troubles de la sensorialité, de l'organisation perceptive, psychomotrice et des organisations psychiques qui en découlent. La reconnaissance et la verbalisation des angoisses et défenses qui s'y relient permet de soulager les patients. Mais, du côté de la rencontre entre psychanalystes et parents, de douloureux héritages persistent, des malentendus et incompréhensions perdurent.
Lieu : Espace Reuilly

Renseignements :
Courriel : dfp.psycho@univ-paris-diderot.fr
Site : www.cippautisme.org

MARS

Paris
Du 14 au 17 mars 2013

Groupe et psychanalyse
Congrès organisé par la Société française de psychothérapie psychanalytique de groupe (SFPPG).
La rencontre plurisubjective est éprouvante. Elle sollicite nos capacités de contenance de l'angoisse, de l'agressivité, de la coexcitation, de l'euphorie aussi bien que de la dépression. D'où, par exemple, le choix de la cothérapie qui procède souvent d'une volonté de partager et d'alléger « cette épreuve émotionnelle éreintante ». Pour forger l'attention psychanalytique à la groupalité et à chaque participant, aux effets de l'inconscient, la formation du thérapeute de groupe requiert un parcours psychanalytique individuel approfondi par l'expérience du groupe. L'invention psychanalytique du groupe s'inscrit dans le mouvement actuel des grandes ruptures de l'après-modernité. Ainsi, la réceptivité aux turbulences de la vie psychique ne peut être dissociée de ce qui, dans le monde contemporain, est mis en crise avec ses périodes de désorganisation sociale et culturelle caractérisées par les défaillances des garants métasociaux et métapsychiques. Des pathologies inédites s'ensuivent pour lesquelles nos théories et méthodes avec l'écoute qu'elles induisent révèlent leurs limites. Pour entendre les expressions énigmatiques des souffrances des sujets que les praticiens accueillent, ils sont poussés à trouver-créer de nouvelles voies pour la transitionalité, le soin psychique ou le travail de culture.

Renseignements :
Courriel : sfppg@wanadoo.fr
Site : www.sfppg.fr

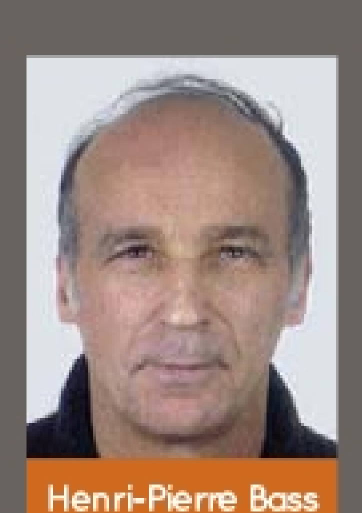
Avignon
Du 21 au 23 mars 2013

L'art d'accommoder embryon, fœtus et bébé. Objets, rites et techniques de soin en périnatalité
Xe Colloque international de périnatalité de l'ARIP.
Parmi les intervenants : S. Lallemand, S. Epelboin, A. Epelboin, J.-F. Guérin, S. Walentowitz, D. Candilis, S. Missonnier...
Lieu : Centre des congrès du Palais des Papes

Renseignements :
Tél. : 04 90 23 99 35
Courriel : arip@wanadoo.fr
Site : www.arip.fr

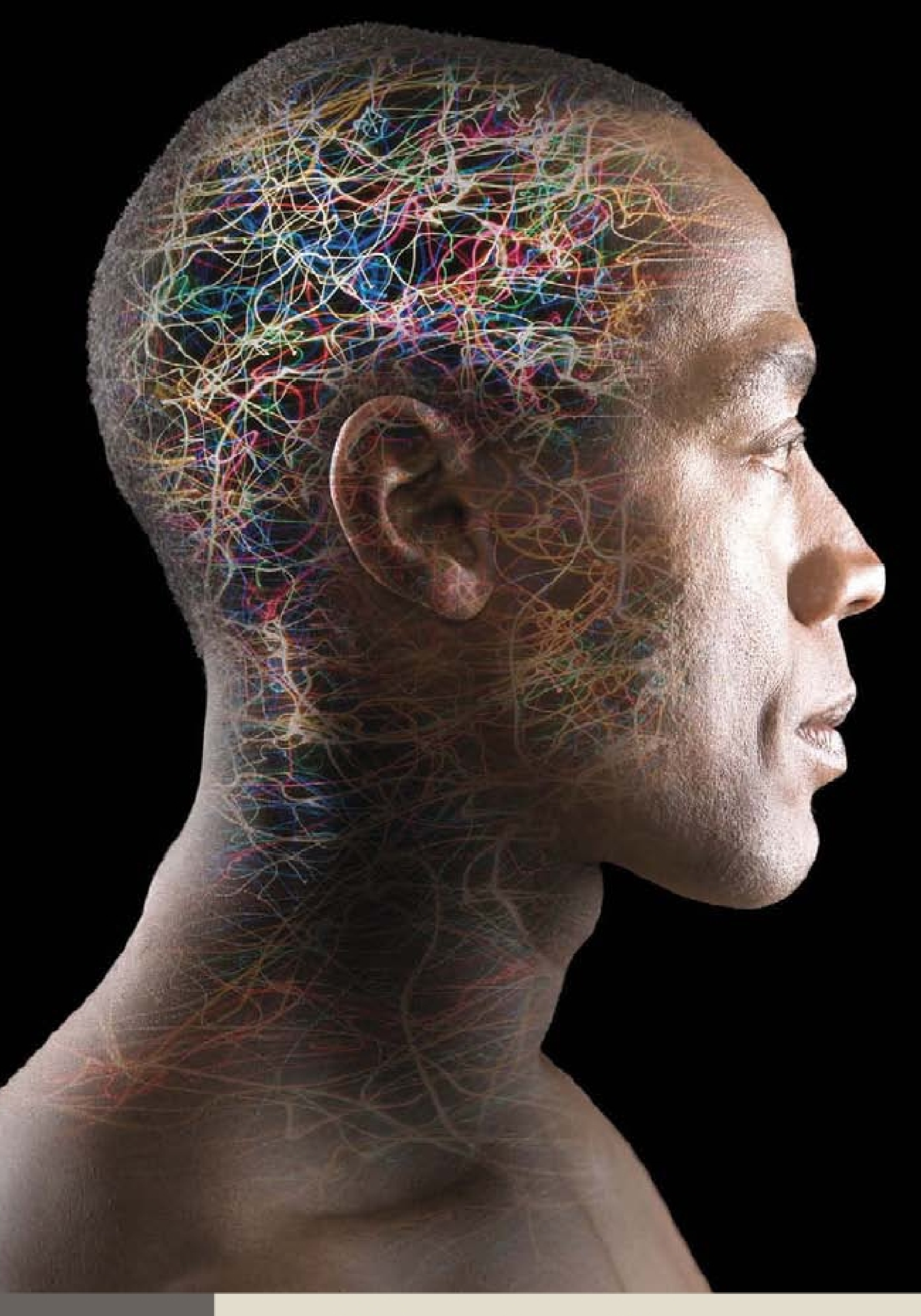
Le traumatisme crânien
Des séquelles cognitives à la psychothérapie

Une pathologie frontière



Henri-Pierre Bass
Psychologue clinicien
Psychanalyste
Chargé de cours à l'université Paris-V
Membre du CR du *Journal des psychologues*

Les patients cérébro-lésés souffrent de lésions cérébrales dues à des traumatismes crâniens, des tumeurs, des accidents vasculaires. Ils présentent des atteintes cognitives comme des troubles du langage, de la mémoire, du geste, de la reconnaissance des visages, de l'orientation dans le temps et dans l'espace. Cette multiplicité des atteintes qui touche à la perception de son identité propre par le sujet est un élément essentiel à prendre en compte. L'on se doit de constater aussi que cette pathologie a été pendant longtemps peu explorée dans ses dimensions clinique et psychopathologique.
La question de la cognition est un domaine où les positions ne sont pas unifiées dans le champ psychanalytique. Le travail avec ces patients nécessite donc de se confronter à la clinique neuropsychologique et au médical, tout en gardant ses propres repères théoriques psychopathologiques. Il s'agit donc d'une pathologie frontière.
C'est de cette frontière que ce dossier tend à rendre compte. Christine Picq et Pascale Pradat-Diehl abordent la question des traumatismes crâniens sous l'angle médical et neuropsychologique en insistant particulièrement sur les troubles des fonctions cognitives qui vont venir perturber l'interaction du sujet avec son environnement. Dans cet axe, elles soulignent l'importance du travail collaboratif entre les équipes médicales de rééducation, les équipes médico-sociales et les psychologues et psychiatres.
Hélène Oppenheim-Gluckman aborde la question du suivi psychothérapeutique et les nécessaires adaptations du cadre pour ces prises en charge, mais aussi la question *princeps* de l'atteinte de la pensée et de l'identité, en soulignant que l'expérience d'une « pensée naufragée » consiste à vivre une déchirure entre soi et le monde extérieur. Elle développe l'enjeu du travail psychanalytique à partir de la question de la cognition dans notre économie psychique.
Patricia de Collasson apporte son expérience de psychologue clinicienne au regard de l'épreuve familiale qui surgit lors de l'accident cérébral grave. Elle souligne les modifications des interactions familiales et leurs conséquences ainsi que leurs possibilités de réorganisation.
Pascale Bruguière éclaire les spécificités de prise en charge de ces patients, plus particulièrement dans l'exercice du travail hospitalier interdisciplinaire.
Enfin, Nathalie Van Landeghem souligne la gageure de recevoir ces patients en cabinet libéral. À partir d'une réflexion sur le cadre et la position du thérapeute, elle évoque le processus psychothérapique et ses spécificités de prise en charge lorsque les troubles cognitifs sont au premier plan.
Ainsi ce dossier s'inscrit-il dans une compréhension de cette pathologie qui essaie d'allier l'éducatif, le comportemental, la compréhension phénoménologique du vécu du patient et les concepts psychanalytiques.



Approches médicale



Christine Picq
Psychologue clinicienne spécialisée en neuropsychologie



Pascale Pradat-Diehl
Professeur des universités
Praticien hospitalier
Médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation
Présidente de l'Artc (Association réseau traumatisme crânien, idf)

Un traumatisme crânien débute par une période traumatique, la réanimation, le coma et, parfois, la nécessité d'un geste neurochirurgical. Les troubles cognitifs qui en résultent peuvent constituer un véritable handicap qui perturbera l'interaction du sujet avec son environnement. C'est pourquoi un travail de collaboration entre les équipes médicales de rééducation, les équipes médico-sociales, les psychologues et les psychiatres, est indispensable.

Les traumatismes crâniens sont fréquents. Ils touchent des personnes jeunes et sont susceptibles de laisser un handicap définitif. Les troubles séquellaires sont essentiellement cognitifs et comportementaux, ils sont mal connus et mal reconnus, et constituent un handicap invisible. Le nom même de la pathologie est inadapté : l'expression « traumatisme crânien » sous-entendrait que c'est la boîte crânienne qui est importante, alors que c'est l'intérieur (le cerveau) qui est l'organe crucial de ce traumatisme. L'appellation anglo-saxonne « *brain injury* » correspond mieux à la réalité clinique.

L'habitude est de classer la gravité des traumatismes crâniens (TC) en fonction de la gravité initiale et non de la gravité des séquelles. C'est une échelle de coma, l'échelle de Glasgow, qui étudie les réponses verbales, visuelles et motrices à des stimulations, qui est la plus utilisée pour classer cette gravité initiale. C'est une échelle allant de 15 (état normal) à 3 (aucune réponse). Les traumatismes crâniens graves sont définis par un score inférieur à 8 (ce qui correspond au coma), les traumatismes modérés correspondent à un score entre 9 et 12 et les traumatismes légers à un score entre 13 et 15. Cette classification est surtout pronostique du risque vital, mais moins du risque de séquelles. D'autres critères peuvent aussi être utilisés : durée de l'amnésie post-traumatique (APT), durée du coma, nécessité d'une chirurgie…

POPULATION

En France, environ cent cinquante mille personnes par an sont victimes d'un traumatisme crânien. Il s'agit dans 80 % des cas d'un traumatisme dit « léger » (en tout cas léger dans sa phase initiale) et dans les 20 % restants (environ trente mille personnes par an) d'un traumatisme modéré ou grave.

Les accidents de la voie publique restent la cause principale. Ils sont, ainsi, responsables de 70 % des traumatismes crâniens dans l'étude sur les traumatismes crâniens graves en Île-de-France (Jourdan *et al.*, 2012 ; Bayen *et al.*, 2012). Les blessés de la route peuvent être conducteurs ou passagers d'une voiture accidentée, mais, souvent, il s'agit de piétons ou de conducteurs ou passagers de deux roues. Les campagnes de prévention pour le respect des limitations de vitesse, de l'interdiction de l'alcool au volant, ne servent pas uniquement à empêcher les morts sur la route, ils limitent aussi les blessures cérébrales et les drames des handicaps. Une étude épidémiologique française (Javouhey *et al.*, 2006) concernant les accidents de la route est en cours dans la région Rhône-Alpes. Elle montre une incidence annuelle des traumatismes crâniens graves par accident de la route de 13,7 / 100 000 habitants. Cette étude retrouve aussi une majoration des risques de traumatisme crânien chez les deux-roues non casqués, les piétons et les passagers de voiture non ceinturés. Les autres causes sont les chutes, chutes de sa hauteur le plus souvent, parfois les accidents du sport ou du travail.

Toutes les études montrent que les traumatismes crâniens touchent d'abord les sujets jeunes, adolescents ou jeunes adultes de quinze ans à trente ans. Les jeunes enfants sont aussi des victimes possibles et, contrairement aux idées reçues, ils ne récupèrent pas mieux que les adultes

et neuropsychologique

(Chevignard *et al.*, 2008). La troisième population est celle des sujets âgés, la plus mal connue. La caractéristique constante de cette population est la prédominance masculine (3 / 1), et cela à tout âge ! Les sujets jeunes, adolescents ou jeunes adultes souffrent peu d'autres pathologies neurologiques. Le traumatisme crânien est à l'origine d'une épidémie silencieuse, touchant des gens jeunes qui n'ont pas encore trouvé leur place dans le monde social et professionnel.

STRUCTURES ANATOMIQUES

Les lobes frontaux sont des structures cérébrales cruciales dans l'organisation des fonctions cognitives (fonctions exécutives, contrôle cérébral de l'action, attention, mémoire de travail), ainsi que dans le traitement des émotions et la cognition sociale. Les lobes frontaux sont particulièrement touchés, directement ou indirectement, par le traumatisme. C'est le dysfonctionnement de cette région des lobes frontaux qui va être impliqué dans les troubles cognitifs et comportementaux des traumatisés crâniens.
Le cerveau peut être traumatisé par des chocs directs. Un coup porté sur la boîte crânienne va entraîner une « contusion » cérébrale, c'est-à-dire des petites zones de saignement au sein du tissu cérébral. Le cerveau est mobile dans la boîte crânienne et, en plus du coup direct, l'ébranlement infligé au cerveau peut le projeter du côté opposé de la boîte crânienne ; on parle de lésion de « coup » et de lésion de « contre-coup ». Ainsi, très souvent, les lésions cérébrales des traumatisés crâniens sont bilatérales. Les contusions ne sont pas les seuls mécanismes de lésions cérébrales. Le cerveau est parcouru par de longs neurones qui relient entres elles les différentes régions du cerveau : les deux hémisphères, droits et gauches, sont reliés par les neurones qui passent par le corps calleux ; le tronc cérébral où se trouvent les fragiles structures de l'éveil et les régions postérieures du cerveau sont reliées par des réseaux neuronaux aux lobes frontaux. Ces longs axones sont très fragiles, les mécanismes d'accélération et de décélération brutales vont les étirer et créer des lésions axonales diffuses. Ces lésions axonales diffuses vont entraîner une inactivation des zones de contrôle du cerveau et particulièrement du lobe frontal.

DÉCOURS TEMPOREL APRÈS UN TRAUMATISME CRÂNIEN

L'histoire d'un traumatisme crânien grave débute par une période initiale dramatique, l'accident, la réanimation, le coma et, parfois, la nécessité d'un geste neurochirurgical. C'est le cataclysme qui s'abat sur une famille, la peur de la mort, l'angoisse du « va-t-il survivre » ? Les traumatisés crâniens graves qui se trouvent dans le coma ont, malgré les progrès fantastiques de la réanimation, encore un risque de décès de près de 50 %.
Pour les survivants survient la phase de réveil du coma, souvent très progressive, parfois rapide, qui peut faire croire au miracle (combien de patients ont entendu cette phrase : « *Vous êtes un miraculé !* »). Le blessé, dont la veille on a craint le décès, se réveille, parle, reconnaît son entourage. Certes il a des problèmes de mémoire, certes son comportement peut être déroutant, infantile, agressif, désinhibé, mais avec ce qu'il vient de traverser !
Des séquelles cognitives (Azouvi *et al.*, 2009) et comportementales sont au premier plan, mais d'autres troubles neurologiques peuvent s'associer pour handicaper le traumatisé crânien. Ces troubles sont particulièrement importants à la phase précoce, mais peuvent durer. Les troubles moteurs ne sont sévères que dans 10 % des cas. Il peut s'agir d'une hémiplégie ou d'un syndrome cérébelleux. Ils entraînent des difficultés de marche ou d'équilibre, une maladresse gestuelle, voire une paralysie d'un côté (hémiplégie). Les traumatismes crâniens peuvent aussi →

Toutes les études montrent que les traumatismes crâniens touchent d'abord les sujets jeunes, adolescents ou jeunes adultes de quinze ans à trente ans.

s'accompagner de troubles sensoriels, visuels ou auditifs. Enfin, des crises d'épilepsie peuvent survenir.
Après la période aiguë de l'accident où le patient se trouve en réanimation ou en neurochirurgie, une prise en charge en rééducation et réadaptation en médecine physique et réadaptation devrait alors être proposée (Pradat-Diehl *et al.*, sous presse). Cette rééducation peut être faite en hospitalisation, puis en hôpital de jour. Une rééducation peut aussi avoir lieu dans le secteur libéral. Chez 20 % des patients, la récupération semble rapide et peut permettre un retour direct au domicile, à condition que soit mis en place un suivi systématique.

Les traumatisés crâniens sont désormais sensibles aux bruits, aux interférences et ont tendance à se mettre en retrait.

La rééducation des fonctions cognitives est assurée par l'équipe multidisciplinaire et associe souvent une rééducation spécifique des fonctions cognitives déficitaires – rééducation du langage, de la mémoire, de l'attention, de la mémoire de travail (Vallat-Azouvi *et al.*, 2009). Cette rééducation vise à augmenter les capacités de ces fonctions ou à compenser ces déficits. Cette rééducation implique aussi un apprentissage à un contrôle volontaire (aussi appelé « métacognitif ») des troubles. L'application de ces rééducations dans un contexte « écologique », proche de la vie quotidienne, est le plus souvent nécessaire et est présentée sous forme de « *programme de réadaptation* » (Poncet *et al.*, 2007).

LES TROUBLES DES FONCTIONS COGNITIVES

Les troubles cognitifs, en l'absence d'atteintes motrices, peuvent constituer un véritable handicap invisible qui va venir perturber l'interaction du sujet avec son environnement.
Les troubles de l'attention sont au premier plan. Ils peuvent se manifester par des difficultés à suivre un film dans son intégralité et à accéder à son sens. Ils peuvent également perturber la lecture de romans, le patient devant alors multiplier les allers et retours dans le texte, certains passages n'ayant été que survolés et n'étant, de ce fait, pas intégrés. En effet, les patients sont fatigables et ne parviennent plus à soutenir leur attention sur une trop longue période. De fréquentes pauses leur sont désormais nécessaires.

Parallèlement aux troubles de l'attention soutenue sont relevées des difficultés en attention sélective. Les traumatisés crâniens sont désormais sensibles aux bruits, aux interférences. Ils ne peuvent plus isoler ce qui les intéresse d'un flux d'informations « parasites ». Ils ont tendance à se mettre en retrait, en particulier dans les réunions de famille...
Le partage de l'attention sur plusieurs informations est également perturbé. Il peut devenir difficile de cuisiner ou de bricoler tout en intervenant dans une discussion...
Ces séquelles attentionnelles peuvent être un frein à la reprise de la conduite automobile et, de ce fait, à l'autonomie même des patients.
Elles s'accompagnent, le plus souvent, d'une altération des ressources en « mémoire de travail ». Cette composante nous permet, au quotidien, de mémoriser les informations un court moment, le temps de les manipuler. C'est cette mémoire de travail que l'on utilise lors de la résolution mentale d'un petit problème arithmétique. Au quotidien, le patient traumatisé crânien souffrant d'un trouble de mémoire de travail se trouve en difficulté pour prendre des notes lors d'une conférence ou d'un cours, par exemple.
En parallèle de ces troubles attentionnels et de mémoire de travail est très souvent retrouvé un syndrome dysexécutif, anciennement appelé « syndrome frontal », car il était attribué, à tort, à une atteinte exclusive du lobe frontal. Les fonctions exécutives sont mobilisées

devant les situations nouvelles ou inhabituelles. Elles nous permettent de nous détacher de nos réponses automatiques, d'apporter une nouvelle réponse qui sera plus adaptée à la situation et de contrôler la qualité de cette production. Elles nous permettent également de faire des projets et de les maintenir en mémoire – *via* la mémoire de travail – le temps de planifier leur réalisation et de les mener à leur terme. Les fonctions exécutives recouvrent alors les notions d'inhibition, de flexibilité mentale, de mise à jour, de raisonnement, de jugement, de planification… et font appel à notre mémoire de travail. Les patients cérébro-lésés, et en particulier les traumatisés crâniens peuvent ainsi être très gênés pour prendre des initiatives, pour s'organiser dans une activité complexe, gérer leurs papiers et même gérer le temps… Ils sont d'autant plus gênés que, malgré un certain ralentissement de la pensée, ils ont paradoxalement tendance à se précipiter dans l'action, sans prendre le temps d'analyser la situation dans son ensemble.

Le traumatisme crânien peut également entraîner une altération de ce que l'on appelle désormais la « cognition sociale ». Les patients sont alors moins adaptés dans leur relation à autrui en raison d'une mauvaise compréhension des états mentaux, aussi bien cognitifs qu'affectifs, de leur interlocuteur.

Ces troubles de la cognition sociale sont en partie imputables à un trouble de la reconnaissance des émotions et des difficultés à ajuster, de ce fait, leur discours au *feedback* émotionnel de leur interlocuteur.

Ils sont également liés à une incapacité de se détacher de leur propre vécu, de leur propre point de vue, pour se mettre à la place de l'autre. On peut alors noter un manque d'empathie, les patients parvenant difficilement à comprendre ce que leur interlocuteur peut ressentir. D'autre part, devant les difficultés à se détacher de leur propre savoir, ils ne réalisent pas toujours que l'autre n'a pas les mêmes connaissances que lui.

Par ailleurs, la communication est perturbée par un accès altéré au second degré, à l'ironie ou à l'implicite dans le discours et par un langage élaboré défectueux (capacités d'abstraction, d'élaboration).

Même si les aphasies sont rares chez les traumatisés crâniens, le langage est donc perturbé au niveau de la compréhension dans les situations complexes. Il est également perturbé sur le plan expressif. Le discours peut être particulièrement pauvre et réduit, et nécessiter un étayage de la part de l'interlocuteur. À l'inverse, il peut également être marqué par une diffluence, un passage du coq à l'âne, une absence de synthèse qui finit par nuire à l'informativité.

Quelques repères chronologiques

Si les pages de l'*Iliade* sont jalonnées de traumatismes crâniens, il faut attendre **1658** pour que le terme « coma » soit utilisé pour la première fois. Une des premières approches que nous pouvons qualifier de « scientifique » apparaît dans Le *Journal de psychologie normale et pathologique*, en **août 1915**, sous la plume d'Albert Mairet et Henri Piéron « Troubles de la mémoire d'origine commotionnelle ».

Dès 1931, Pierre Masquin évoque que « *de multiples facteurs concourent à la production de ces cas confusionnels traumatiques. Leurs actions ne se font que bien rarement isolément ; ils s'intriquent le plus souvent les uns aux autres… L'étiologie commande-t-elle même l'évolution mentale de la maladie ?* »

En 1932, William R. Russel émet l'hypothèse de l'amnésie post-traumatique (PTA) comme facteur prédictif de la qualité du devenir.

Jean-Michel Mazaux et Michel Barrat, **en 1986,** identifient une dimension psycho-organique du traumatisme crânien qui donne « *à sa rééducation des aspects très spécifiques* ».

Pour répondre à ces aspects multiformes et proposer un nécessaire accompagnement, le rapport Lebeau, **en 1994,** et la circulaire 96-428, en 1996, identifient les traumatisés crâniens en tant que population particulière et mettent en place les unités d'évaluation, de reclassement et d'orientation sociale (UEROS).

La circulaire ministérielle du **18 juin 2004** pointe l'interaction des atteintes cognitives, sensori-motrices, psychiatriques et psychopathologiques. Cette dernière met l'accent sur la nécessité d'apporter rapidité, fluidité, pertinence et durabilité à leur prise en charge sur les plans physique, psychique et social. Elle préconise une organisation en réseau d'acteurs expérimentés et identifiés.

Depuis sa diffusion dans un grand nombre de régions, des dispositifs spécifiques se sont mis en place pour garantir aux personnes un accompagnement adapté.

Ainsi, la région Île-de-France s'est dotée depuis 2003 du Centre de ressources francilien du traumatisme crânien (Crftc), géré par une association de professionnels, pour coordonner et soutenir l'action des acteurs. Un projet de « lieu ressources », associant des professionnels de santé spécialisés dans la psychiatrie et la psychopathologie, a été proposé aux pouvoirs publics afin de soutenir les équipes en difficulté. En 2009, un colloque sur le thème « Blessure cérébrale et psychopathologie » a d'ailleurs été organisé en synergie avec la Fédération française de psychiatrie.

Jean-Jacques Weiss
Directeur du CRFTC
James Charanton
Directeur adjoint du CRFTC

Ces troubles des fonctions exécutives, de la cognition sociale et de la reconnaissance des émotions, vont s'associer à des difficultés de régulation émotionnelle, à une intolérance aux frustrations… et vont contribuer aux troubles du comportement, très fréquents chez les traumatisés crâniens.

En ce qui concerne la mémoire, les souvenirs antérieurs à l'accident sont, le plus souvent, préservés, en dehors d'une lacune précédant l'accident. La sortie de coma est marquée par une phase d'amnésie post-traumatique 

→ (APT), avec un oubli à mesure des nouvelles informations, une désorientation temporo-spatiale et, le plus souvent, une certaine confusion, voire une agitation.
Même après la sortie de cette phase d'APT, les nouveaux apprentissages restent difficiles.

Les unités d'évaluation et d'orientation sociale ont été créées il y a dix ans pour répondre aux difficultés d'insertion ou d'orientation professionnelle.

De fait, les troubles attentionnels, ainsi que les difficultés en mémoire de travail vont avoir un impact sur l'enregistrement des informations, les patients ne pouvant apprendre qu'un nombre limité de données en même temps. Ils s'épuisent en effet trop rapidement devant la quantité d'informations qui augmente.
Les troubles de la mémoire ne se limitent pas à des difficultés de prise d'informations, d'apprentissage. Ils se manifestent également par des difficultés de récupération des informations mises en mémoire, en raison de stratégies inefficaces de recherche. Un indice donné par l'interlocuteur peut, en revanche, le plus souvent, permettre un accès à ces souvenirs.
Les difficultés de mémoire, associées aux défauts d'organisation, vont être à l'origine d'un déficit en mémoire prospective. Cette « mémoire du futur » nous permet de nous souvenir de nos rendez-vous, de passer chez le teinturier en sortant du travail… de réaliser les tâches convenues au bon moment. C'est l'une des plaintes les plus fréquentes des traumatisés crâniens et qui persiste à distance, lorsque plainte il y a. De fait, ce qui caractérise également les séquelles d'un traumatisme crânien, c'est l'anosognosie ou la méconnaissance des troubles. D'origine neurologique, l'anosognosie ne doit pas être confondue avec le mécanisme de défense qu'est le déni, même s'il n'apparaît pas toujours facile de les différencier. Il est, à ce titre, nécessaire que les patients viennent accompagnés lors des premières consultations, pour que la famille puisse mieux rendre compte des difficultés quotidiennes.
Plus rarement, dans le cadre des traumatismes crâniens, peuvent être retrouvées des atteintes des fonctions instrumentales : trouble du langage, difficultés de traitement des informations spatiales, atteintes neurovisuelles allant jusqu'à une non-reconnaissance des visages familiers (prosopagnosie). Ces troubles seront plus souvent rencontrés dans les suites d'accidents vasculaires cérébraux, leur apparition dépendant de la localisation cérébrale des lésions.
Tous les troubles décrits ici, sans exhaustivité, ne se retrouvent pas chez l'ensemble des patients. Par ailleurs, certains vont s'exprimer plus intensément que d'autres. En revanche, les différentes constellations de symptômes vont, à leur manière, avoir un retentissement sur la vie quotidienne du patient. Ils vont perturber l'unité familiale. Ils vont rendre difficile l'intégration du patient dans la société et, plus encore, dans le monde professionnel.
Les troubles cognitifs et comportementaux entraînent des difficultés d'insertion familiale. L'irritabilité est souvent rapportée par l'entourage, avec une intolérance aux frustrations. Le caractère des personnes est modifié, souvent avec une exagération des traits de caractère. Les troubles des fonctions exécutives entraînent un défaut d'organisation dans le travail, les troubles de l'attention sont souvent interprétés par les enseignants comme un désintérêt, un manque de motivation. Les troubles de la mémoire gênent les apprentissages. Les jeunes traumatisés crâniens peuvent raconter qu'ils ont dû faire des efforts énormes pour réussir une intégration scolaire, et leurs efforts ne sont souvent pas reconnus.
L'intégration professionnelle est, elle aussi, difficile.
Les modifications comportementales, les troubles cognitifs, les difficultés attentionnelles ou l'incapacité de faire plusieurs choses à la fois, la fatigabilité, toutes ces séquelles rendent difficiles les réintégrations et peuvent mener à un licenciement.

ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES

Les difficultés d'insertion professionnelle ou sociale ont conduit à développer des structures spécifiques d'accompagnement. Le dispositif d'insertion précoce « COMETE » est présent dans les grands centres de rééducation et permet d'évoquer le devenir professionnel dès la phase de rééducation et de réadaptation. Les unités d'évaluation et d'orientation sociale (UEROS) ont été créées il y a dix ans pour répondre aux difficultés d'insertion ou d'orientation professionnelle. Ce sont des structures médico-sociales, présentes dans un grand nombre de régions. Elles ont une mission d'accueil, d'évaluation et de suivi. Des stages sont organisés pour préparer les insertions sociales et professionnelles.
La majorité des traumatisés crâniens vivent au domicile. Ils nécessitent souvent l'aide familiale, souvent la mère ou l'épouse (Bayen *et al.*, 2012). Il peut y avoir un retentissement sur ces aidants informels, notamment en termes de qualité de vie et de risque de troubles psychologiques, anxiété ou dépression. Quand les séquelles cognitives et comportementales sont lourdes, des structures d'aide peuvent être nécessaires. Il peut s'agir de services intervenant au domicile : réseaux TC, service d'aide à la vie sociale (SAVS), service d'aide médicalisée

pour adulte handicapé (SAMSAH), ou de structures de jour : centre d'activité de jour (CAJ) ou groupes d'entraide mutuelle (GEM).
Dans d'autres cas, le retour ou le maintien au domicile n'est pas possible, et la personne peut être orientée vers des établissements médico-sociaux : maison d'accueil spécialisée (MAS) ou foyer d'accueil médicalisé (FAM).
Après une maladie ou un accident de la vie, les financements des soins sont assurés par la Sécurité sociale, et des frais plus spécifiques au handicap peuvent être obtenus par l'intermédiaire des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). Les accidents de la route sont protégés par un système particulier d'assurance qui peut permettre une meilleure prise en charge financière. Les voitures ont une assurance obligatoire, et les victimes d'un accident de voiture sont protégées par cette assurance. Une procédure de « réparation du dommage corporel » est organisée et implique l'assurance du véhicule responsable dans le cadre d'une procédure judiciaire civile. Les victimes peuvent être accompagnées par un avocat, et il existe des avocats spécialisés en réparation du dommage corporel. Des expertises sont menées pour évaluer les séquelles, leurs conséquences sur la vie personnelle et professionnelle, le besoin éventuel d'aide humaine. Ces expertises peuvent être répétées jusqu'à une phase dite de « consolidation », c'est-à-dire de stabilisation. Ces procédures de réparation du dommage corporel permettent une meilleure couverture financière que les procédures habituelles.

TRAUMATISMES CRÂNIENS LÉGERS

Les troubles exposés ci-dessus concernent les traumatismes crâniens graves et modérés. Les traumatismes crâniens légers sont, quant à eux, les plus fréquents ; ils entraînent souvent des céphalées, des vertiges, des troubles cognitifs à la phase précoce. Ces troubles rentrent dans l'ordre la plupart du temps, mais, dans 20 % des cas environ, ils peuvent persister au-delà d'un an. Ce syndrome postcommotionnel peut être cause d'une désinsertion professionnelle. Le mécanisme lésionnel est attesté par la mise en évidence de lésions axonales diffuses chez les traumatisés crâniens légers. Un mécanisme de somatisation fonctionnelle est aussi évoqué. Dans certains cas, on peut aussi trouver des points communs avec un état de stress post-traumatique.

AUTRES PATHOLOGIES

D'autres pathologies sources de lésion cérébrale peuvent être cause de tableaux cliniques proches de celui des traumatisés crâniens. Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) surviennent chez cent trente mille personnes par an en France, et 1 % de la population française rapporte présenter des séquelles d'un AVC (De Peretti *et al.*, 2012). Les AVC touchent préférentiellement les personnes âgées, mais 20 % surviennent avant soixante ans. Parmi ces AVC, chez des sujets « jeunes », les ruptures d'anévrysme peuvent présenter des tableaux cliniques proches des traumatismes crâniens. Les séquelles motrices sont plus fréquentes que chez les traumatisés crâniens, et les troubles cognitifs sont l'aphasie, en cas de lésion hémisphérique gauche, et la négligence visuo-spatiale et les troubles attentionnels et spatiaux en cas de lésion hémisphérique droite.

CONCLUSION

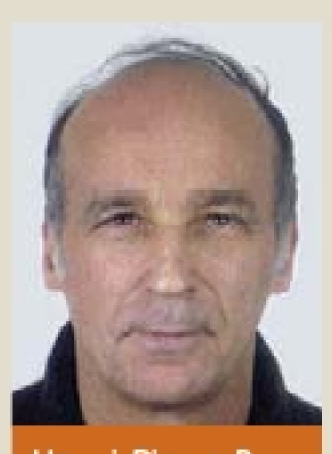
Le handicap cognitif et comportemental des traumatisés crâniens est souvent méconnu et sous-estimé. Il a pourtant des conséquences graves sur la vie personnelle et sociale des personnes. L'accompagnement en rééducation et réadaptation, ainsi que le suivi du handicap sont indispensables. Ils nécessitent un travail de collaboration entre les équipes médicales de rééducation, les équipes médico-sociales et les psychologues et psychiatres.

DOSSIER
Le traumatisme crânien

La psychothérapie avec des patients



Hélène Oppenheim-Gluckman
Psychiatre
Psychanalyste



Henri-Pierre Bass
Psychologue clinicien
Psychanalyste
Chargé de cours à l'université Paris-v
Membre du cr du *Journal des psychologues*

Si les troubles cognitifs peuvent altérer la relation au patient, Hélène Oppenheim-Gluckman nous invite à réfléchir sur le type de cadre et de pratique psychothérapique à mettre en place avec ces patients cérébro-lésés, et plus particulièrement sur la place de la cognition dans notre économie psychique.

Henri-Pierre Bass : Que pouvez-vous nous dire du cadre mis en place pour les suivis psychothérapeutiques des patients cérébro-lésés ?

Hélène Oppenheim-Gluckman : On a longtemps pensé que les psychothérapies n'étaient pas accessibles aux patients cérébro-lésés. Cela fait environ vingt ans que cette idée a été remise en cause. Les approches sont aujourd'hui diverses. Il existe un courant cognitivo-comportemental très présent, qui se développe de plus en plus, et notamment au niveau international. Les psychothérapies familiales systémiques ont, quant à elles, été développées en France par l'équipe de Bordeaux, qui a créé une consultation « Famille » dans le service de rééducation fonctionnelle du CHU de Bordeaux. L'équilibre et la dynamique familiale étant remobilisés et modifiés à l'occasion de la survenue de la lésion cérébrale, les psychothérapies familiales proposées par cette équipe prennent en compte le retentissement du handicap, et notamment celui des troubles cognitifs sur la famille. Enfin, en France comme au niveau international, des psychothérapeutes s'appuient sur les références psychanalytiques. Mais les pratiques sont multiples, et depuis environ dix ans on a vu se développer la neuropsychanalyse. Ce courant, qui attire de nombreux collègues, a été initié par Mark Solms. Il a pris beaucoup d'ampleur, car il propose des liens pratiques et conceptuels entre l'approche cognitiviste et neuropsychologique et l'approche psychanalytique. Mark Solms a ainsi essayé de faire des liens d'un point de vue métapsychologique entre certaines instances décrites par Sigmund Freud – le Moi, par exemple – et des localisations cérébrales – les atteintes du lobe frontal.

H.-P. B. : Il s'agit donc d'un travail qui s'appuie sur la première métapsychologie freudienne, avant l'abandon de la « *Neurotica* » par Sigmund Freud.

H. O.-G. : C'est une tentative d'alliance de la psychologie cognitive et de la psychanalyse, une tentative de double lecture. Elle s'inscrit aussi dans un courant d'approche holistique des patients cérébro-lésés qui essaie d'allier l'éducatif, le comportemental, la compréhension phénoménologique du vécu du patient et des concepts psychanalytiques.
En ce qui me concerne, je ne me situe pas dans le courant de la neuropsychanalyse. Bien sûr, je suis attentive au vécu des conséquences de la lésion cérébrale dans ses moindres détails tant par les patients que leur entourage, et donc au vécu des troubles cognitifs (troubles de mémoire, de l'orientation dans le temps et dans l'espace, du langage, du geste, de la reconnaissance des visages, etc.) et à leur impact sur la relation du patient à lui-même, aux autres et au monde qui l'entoure, ainsi qu'à leur impact sur la relation des autres au patient. Il est important, quand on reçoit des patients cérébro-lésés, d'essayer de comprendre la place de la cognition – qui est un fait biologique avant tout – dans notre économie psychique. Après avoir suivi beaucoup de patients cérébro-lésés, j'ai compris, petit à petit, mais tout cela reste à approfondir, que l'expérience d'une « *pensée*

cérébro-lésés

naufragée » – pour reprendre le titre d'un livre que j'ai publié – à cause des lésions cérébrales est très particulière. Un des fondements essentiels de l'humain est alors ébranlé : la cognition nécessaire à notre sentiment de permanence et d'existence autant qu'à la relation à l'autre et au monde extérieur. L'expérience vécue dans l'ici et maintenant par le patient est très importante dans les psychothérapies. Elle s'intègre dans mon travail d'analyste, sans avoir à mêler des concepts cognitifs et psychanalytiques. Ce qui est important pour moi, c'est d'être au plus près de ce qui fait « événement psychique » pour le patient, celui-ci étant marqué notamment par la rencontre avec les conséquences de la lésion cérébrale, par l'histoire familiale et personnelle ou encore par la relation transférentielle.

La plupart du temps, avec les patients cérébro-lésés, nous ne sommes pas dans le registre d'une cure psychanalytique. Parfois, il s'agit de psychothérapies et, parfois, je préfère parler d'« entretiens psychothérapeutiques », compte tenu des adaptations nécessaires du cadre. On pourrait aussi parler de « rencontres » avec un analyste. Quel que soit le cadre, ce qui est important, selon moi, c'est de me situer dans un champ différent des autres suivis médicaux, rééducatifs ou réadaptatifs, dans le champ de la « causalité psychique inconsciente », même si les autres approches sont aussi nécessaires au patient, et même s'il y a une atteinte organique incontournable. Et c'est ce que, à mon avis, on ne peut pas faire si on mélange les approches psychanalytiques et cognitives.

H.-P. B. : Quelles sont les origines de l'adaptation du cadre ?

H. O.-G. : D'une part, le fait que l'on rencontre les patients cérébro-lésés à l'hôpital, en institution et pas seulement en libéral. À l'hôpital, les rencontres sont limitées dans le temps, le patient n'y restant que pour le temps nécessaire aux soins. Par ailleurs, à l'hôpital, comme dans les institutions qui reçoivent des patients cérébro-lésés, la demande du patient et de ses proches s'adresse surtout aux médecins et à l'équipe soignante ou médico-sociale : la demande est celle de guérir ou de récupérer au maximum. La rencontre avec l'analyste se fait donc de surcroît, dans un cadre où le contrat initial et principal est entre le patient et le médecin, ou entre le patient et l'institution. Ces conditions sont importantes à connaître et à prendre en compte. Elles imposent un certain nombre de limites au psychanalyste. Parfois, notre travail se situe plus du côté de la rencontre, du côté de ce que Donald W. Winnicott appelle, dans *La Consultation thérapeutique*, « *un moment de communication et d'expérience mutuelle entre le patient et l'analyste* ».

Il faut aussi prendre en compte la dépendance souvent très importante du patient vis-à-vis de son entourage, et ce, en raison des conséquences des troubles neurologiques et cognitifs. Dans ces conditions, on peut être amené à recevoir le patient avec un membre de sa famille, du moins ponctuellement. Ce dernier, lorsque l'on est en libéral, est parfois celui qui prend rendez-vous – et qui a donc aussi une demande qu'il importe de prendre en compte. Il serait aberrant d'éluder la dépendance extrême du patient vis-à-vis de son entourage en refusant de recevoir un proche qui s'occupe quotidiennement du patient, même de façon ponctuelle. Ce type d'approche n'est pas spécifique. Dans certaines psychothérapies brèves – les « psychothérapies focales » –, Michael Balint n'hésitait pas à recevoir le conjoint. Avec les patients cérébro-lésés, des entretiens avec la famille peuvent être importants, ne serait-ce que pour que chacun puisse parler de ce qu'il est en train de traverser, la lésion cérébrale étant une expérience « extrême », violente, désorganisatrice pour tous, difficilement pensable. Dans ces conditions, être un « passeur » entre le patient et les membres de sa famille me semble important.

Il faut aussi tenir compte des troubles neuropsychologiques dans le processus psychothérapeutique. Savoir quelle place leur accorder est un peu compliqué, et c'est à considérer au cas par cas. Dans les psychothérapies « classiques », →

→ il est accordé une grande attention aux absences, aux retards ou à d'autres agir. Ceux-ci peuvent être interprétés. Les psychothérapeutes qui reçoivent des patients cérébro-lésés sont très prudents par rapport à ce type d'approche, et je suis d'accord avec eux. Même s'il est important de travailler sur le sens que peuvent prendre pour le patient tel ou tel retard, absence ou autre, il faut aussi savoir donner sa place à leurs soubassements organiques (troubles de mémoire, désorientation dans le temps et dans l'espace, etc.). Mais l'expression des troubles cognitifs s'intrique, bien sûr, à celle des processus inconscients et transférentiels. Cette intrication pose des problèmes complexes au psychanalyste. En outre, il faut tenir compte des troubles du langage (aphasie ou perte du sens de la métaphore pour des raisons organiques) ou des autres troubles cognitifs. Une technique qui privilégierait trop systématiquement les associations libres risquerait de bouleverser le patient en le confrontant à des situations qu'il ne pourrait pas assumer.

Un autre élément me semble important, à savoir que la première demande du patient est souvent centrée sur sa maladie. Le patient vient pour parler du traumatisme et de la désorganisation identitaire qu'il est en train de vivre à cause de la maladie. Toute la difficulté du travail psychothérapeutique consiste à tenir compte de la réalité de la maladie et de son impact, à faire la différence entre réalité événementielle et réalité psychique, et à permettre au patient de comprendre comment, pour lui en tant que sujet singulier, la maladie s'intègre dans son histoire consciente et inconsciente.

Je voudrais enfin insister sur une autre particularité du travail psychothérapeutique avec les patients cérébro-lésés. Compte tenu de la massivité de leur handicap, du moins pour certains, les patients cérébro-lésés sont suivis et pris en charge par de multiples intervenants médicaux, paramédicaux, sociaux. Cette prise en charge médicale, paramédicale, va infiltrer la relation que je peux nouer avec le patient, du moins dans un premier temps. Souvent, je fais partie de l'institution de soin même quand je reçois un patient cérébro-lésé en libéral. Je suis *intra-muros* dans les représentations du patient. Malgré la spécificité de la relation transférentielle dans le cadre d'une psychothérapie, je n'ai pas, dans un premier temps, de réelle autonomie vis-à-vis des autres soignants, car il y a transfert « en bloc » du patient, sans différenciation, à la fois sur le psychanalyste, l'institution soignante et le médical. Le réel du corps et de la maladie, la prégnance inévitable du médical, nouent en effet le lien transférentiel. Un des enjeux des premières rencontres sera aussi de dénouer ce transfert « en bloc » et que chacun trouve sa place.



Plus généralement, je dirais qu'il y a plusieurs enjeux dans le travail psychothérapeutique avec les patients cérébro-lésés. D'abord, faire que la maladie ne soit pas un épisode figé et indépassable. Ensuite, permettre l'existence d'une certaine liberté psychique pour le sujet et pour son entourage, que le langage circule. C'est là où le psychanalyste, comme je le soulignais plus haut, a un rôle de « passeur ». Les entretiens permettent aussi la reconnaissance par le patient et les autres d'une continuité psychique profonde malgré la mise à mal de l'identité. Ici, la psychothérapie a une fonction « contenante ». Enfin, les entretiens permettent au patient et à son entourage de se confronter aux questions personnelles et existentielles que la maladie a dévoilées ou a fait resurgir. Ces divers types de travail psychothérapeutique sont intriqués ou séparés, suivant les moments et l'évolution de chacun.

H.-P. B. : De reconstruction de la contenance ?

H. O.-G. : Oui, comme si le Moi avait été disloqué. Une partie des entretiens psychothérapeutiques tourne autour de l'atteinte identitaire.

Il y a aussi la question de la transmission de son expérience, en quoi elle peut être pensable pour le patient et un



interlocuteur, en l'occurrence moi. Des patients m'ont dit : « *Vous devriez être mon interprète.* » Cela signifiait que j'avais été suffisamment au « *diapason* » (terme employé par Michael Balint) pour qu'ils sentent qu'ils avaient un interlocuteur capable de se représenter ce qu'ils vivaient. De même, il y a l'aide que je peux apporter pour que le patient puisse repérer sa continuité psychique, malgré toutes les ruptures. Cela lui permet de se représenter ses séquelles sans effondrement mélancolique et d'entamer un travail de deuil.

H.-P. B. : *Quid* du transfert et de son corollaire, l'interprétation ?

H. O.-G. : Le repérage du transfert, oui. L'interprétation dans le transfert, c'est autre chose !
Je pense que lorsque l'on travaille en institution ou à l'hôpital, les patients ne viennent pas pour consulter un psychanalyste, ils viennent voir des médecins ou des soignants. On est un peu « de surcroît », et il faut travailler avec cela.
Concernant l'interprétation, il faut aussi être attentif au vécu dans l'ici et maintenant des troubles cognitifs, même si ce vécu réactive des angoisses anciennes, voire archaïques. Par exemple, à cause des troubles cognitifs, le rapport à l'espace peut se rétrécir. Les désorganisations spatiales, le fait d'être perdu dans l'espace quand le patient sort de chez lui, ne peuvent pas uniquement se comprendre comme un trouble phobique. Pour un patient qui vit une désorientation spatiale, des résurgences d'angoisses archaïques, voire des expériences infantiles d'abandon ou d'insécurité, peuvent être réactivées, mais il faut aussi les lier à l'expérience de l'ici et maintenant des troubles cognitifs. Comment interpréter, alors, dans ces situations spécifiques ? Il y a un problème de choix par rapport à ce que l'on peut dire. Les patients ont besoin que leur expérience actuelle soit aussi reconnue et entendue en tant qu'expérience singulière.
Les patients cérébro-lésés, compte tenu de ce qu'est l'expérience subjective de la lésion cérébrale, nous font vivre des choses très violentes. Certains nous font vivre des sentiments d'impuissance, d'autres leur enfermement, la répétition dans laquelle ils se trouvent et qui est aussi liée à la prégnance du trouble cognitif. Ils nous font vivre aussi leur rapport à la temporalité, un temps qui ne s'écoule pas à cause du traumatisme ou des troubles mnésiques. Il y a ainsi des tas de problèmes compliqués qui surgissent au cours des séances. Par exemple, des patients qui répètent quasiment la même chose à chaque séance. Il y a certes une dimension cognitive, mais c'est aussi une façon de nous faire vivre leur temporalité gelée et leur enfermement dans des espaces clos. On est parfois englué avec les patients dans la répétition, l'enfermement, la temporalité figée, et un énorme travail psychique est alors à réaliser pour s'en déprendre. C'est très difficile de repérer la moindre faille dans laquelle il va y avoir un tout petit peu d'ouverture. Le suivi des patients cérébro-lésés m'a beaucoup appris et m'aide également beaucoup dans les cures ou les psychothérapies avec les autres patients.

H.-P. B. : Comment comprenez-vous qu'il n'y ait pas eu pendant longtemps d'approche subjective post-traumatique incluant la prise en compte de sa composante somatique ?

H. O.-G. : Il y a encore très peu de collègues qui suivent des patients cérébro-lésés. Cela vient du fait qu'en raison de l'existence de lésions et de problèmes neurologiques, ces patients ont été rangés dans la catégorie « organique ». Comment s'aventurer dans le domaine du vécu subjectif de patients avec des maladies neurologiques, alors que les débats restent figés entre organogenèse et psychogenèse ?

H.-P. B. : Ma question portait plus précisément sur des formes de résistance qui peuvent s'exprimer concernant la possibilité de ces prises en charge…

H. O.-G. : D'abord, on observe des résistances par rapport à une certaine orthodoxie. Mais des analystes comme



→ Michael Balint et Donald W. Winnicott n'étaient pas non plus très « orthodoxes », de même que certains analystes qui se sont préoccupés de patients non névrosés.
Il y a aussi les affrontements entre psychanalyse et cognitivisme dans lesquels chacun défend souvent son champ de façon trop exclusive, introduisant ainsi un certain nombre de confusions. Enfin, les services qui s'occupent de patients cérébro-lésés n'ont pas ouvert beaucoup de postes pour des psychologues cliniciens, des psychiatres ou des psychanalystes. Dans certains cas, il y a une confusion dans les profils de poste entre neuropsychologue et psychologue clinicien. Cela commence à changer actuellement.
Moi-même, lorsque j'ai commencé à suivre des patients cérébro-lésés et à élaborer autour de cette clinique, je me suis heurtée à une franche opposition de nombre de collègues neurologues ou médecins, à l'exception de certains qui étaient très intéressés et qui m'ont beaucoup soutenue. Mais les choses évoluent, et de plus en plus de médecins et de soignants ont conscience de l'importance que peut avoir le suivi psychothérapeutique des patients cérébro-lésés et de leur entourage.

H.-P. B. : La prise en compte de la dimension familiale a-t-elle aussi été difficile ?

H. O.-G. : En effet, mais tout l'a été ! Pour comprendre, il faut se pencher sur l'histoire de la lésion cérébrale. Lors de mes études de médecine, en réanimation neurochirurgicale, presque tous les patients mouraient. Puis, avec les progrès de cette discipline, la donne a changé. Les gens ont survécu, mais au prix de lourdes séquelles. Dans les années 1980, quand j'ai commencé à travailler à la Pitié-Salpêtrière en réanimation neurochirurgicale, les problèmes neuropsychologiques des patients n'étaient pas diagnostiqués, et, bien sûr, la question de leur souffrance psychique était encore moins à l'ordre du jour. La prise en charge neuropsychologique de ces patients a véritablement commencé à se faire à partir de ces années-là. Avec l'expérience, les médecins ont peu à peu pris conscience des problèmes neuropsychologiques, puis des troubles et de la souffrance psychique des patients et de la nécessité de les prendre en charge. L'idée de pouvoir suivre des patients cérébro-lésés et-ou leur famille progresse très lentement parmi les psychiatres, les psychologues cliniciens ou les psychanalystes.
Les psychothérapies de patients cérébro-lésés introduisent de nouvelles questions dans le champ de la psychanalyse. En particulier celle de la place de la cognition dans notre économie psychique. Jusqu'à récemment, on trouvait surtout des travaux sur des personnes ayant des atteintes cognitives à cause de souffrances psychiques. Là, on est dans tout autre chose.

H.-P. B. : Les résistances des psychanalystes expriment-elles les transmissions endocryptiques des conflits originaires de la psychanalyse qui ont pour axe de divergence la compréhension des traumas, ceux-ci ayant souvent engendré scissions, violences et excommunications ?

H. O.-G. : Je pense qu'il y a de cela. Et aussi la peur de s'aventurer sur des terrains où l'on prend le risque de « perdre son âme ». Toute la difficulté est de rester dans notre domaine, de nous interroger à partir de notre propre clinique, de ne pas confondre cognition et cognitivisme.

H.-P. B. : Toute modification de notre cadre interne et, en conséquence, de nos modes d'intervention susciterait des résistances ?

H. O.-G. : Oui, c'est le risque du changement. Ici, nous sommes dans une clinique qui nous fait perdre très rapidement nos repères identitaires. C'est une clinique où la violence de la maladie induit un vacillement de notre identité (comme pour les autres soignants, les proches et, bien sûr, les patients eux-mêmes, même si cela prend des formes différentes). S'occuper de patients cérébro-lésés repose la question de notre rapport au médical, de notre rapport à la mort et à l'impuissance, et, en conséquence, toute la question du réel.

H.-P. B. : Un autre aspect n'est-il pas celui de faire attention à la dimension de la pitié ?

H. O.-G. : Les patients nous interrogent, en effet, à ce sujet, souhaitant savoir s'ils suscitent ou non de la pitié.

H.-P. B. : Dans cette question de la pitié, n'y a-t-il pas de manière sous-jacente l'appel à la reconnaissance de la dimension humaine et du handicap ?

H. O.-G. : Oui, bien sûr. Mais si la question de la pitié émerge dans le transfert, il est important pour le psychothérapeute de ne pas s'y enfermer. La dimension humaine passe surtout par le travail psychique pour complexifier nos représentations, celles du handicap, de la lésion cérébrale, et celles du patient. Il est important d'avoir des représentations multiples et complexes du patient, bien au-delà de la façon dont il se présente aujourd'hui devant nous. C'est ainsi que nous pourrons aussi aider le patient à ne pas être enfermé dans la maladie et le handicap.

DOSSIER

Le traumatisme crânien



Patricia de Collasson

Psychologue clinicienne

La famille à l'épreuve de l'accident cérébral

Des patients cérébro-lésés peuvent être amenés, dans le cadre de leur suivi psychothérapeutique, à être accompagnés de leurs proches.
Et, pour eux aussi, reconnaître la réalité de leur vécu constitue les prémices d'une élaboration qui leur permettra d'atténuer quelque peu leur souffrance psychique.

Un accident cérébral grave chez une personne, par la brutalité de sa survenue et par l'importance des conséquences qu'il engendre, crée un « avant » et un « après » dans l'histoire de la famille et de chacun de ses membres.

Pour certains, il est le premier événement existentiel bouleversant ; pour d'autres, il vient réactiver des événements antérieurs ou des fragilités ; dans tous les cas, il va imprimer durablement sa marque.

Traumatisés par l'intensité de l'effraction, puis plongés dans un parcours dont ils ont tout à découvrir, chacun – parent, conjoint, enfant, frère ou sœur – dans le groupe familial est sollicité depuis sa place par les transformations du blessé et par les réajustements suscités dans les interactions et dans les relations.

Les familles, engagées volontairement ou malgré elles, se sentent démunies face à l'accident et à ses conséquences.

Le retentissement sur la qualité de vie est ressenti et exprimé avec plus d'intensité par les proches que par les blessés eux-mêmes. L'impression de « fardeau » revient fréquemment dans les propos ; il est constitué par la succession permanente de « choses » à vivre et de problèmes à résoudre, l'impression d'un avenir barré, l'absence de répit, le sentiment de solitude et d'isolement.

La connaissance de ces parcours et la compréhension des effets engendrés par ces situations est nécessaire à tous ceux qui – témoins des difficultés rencontrées par les proches et de leur souffrance – vont être sollicités à des degrés divers pour leur apporter une aide.

Elle est nécessaire aussi aux professionnels engagés dans les soins et l'accompagnement de la personne blessée, condition incontournable de la création d'une alliance thérapeutique autour de la reconstruction.

Si la multiplicité des histoires de chacun et des histoires des familles, la diversité des configurations et des trajets familiaux dans lesquels l'événement s'inscrit, relativisent l'idée d'un parcours identique pour tous, il est possible de dégager certains aspects communs aux étapes traversées et aux remaniements imposés pour les proches.

LES ÉTAPES DU CHEMINEMENT

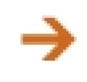
L'histoire de la maladie démarre avec l'accident et pendant la phase aiguë.

La crise

L'annonce de l'accident, la gravité de l'état du blessé – avec, souvent, un coma associé et la proximité de la mort – et les paroles des médecins très réservées sur le pronostic inaugurent une situation de crise psychique profonde chez les proches, dont les traces psychiques resteront longtemps susceptibles d'être réactivées.

Effet de sidération et d'accablement, paralysie de la pensée, envahissement de la conscience par des affects d'angoisse, de colère, de dépression, confèrent à l'expérience un caractère extrême.

La surdité et l'incrédulité fréquentes des proches face aux informations délivrées par les médecins, surtout



quand elles impactent l'avenir, sont souvent à la source de malentendus avec les soignants, tout entier à leur investissement du blessé.

La violence psychique ressentie de certaines paroles médicales, déshumanisantes (*cf.* « *légume* ») ou ne laissant aucune place à l'espoir aggrave le traumatisme psychique de ceux qui les reçoivent.

À cette étape, la priorité est que l'institution puisse avoir une fonction contenante pour les proches. L'instauration d'une communication dans ces moments est d'une grande difficulté. La méconnaissance des caractéristiques de la crise psychique par les professionnels ou l'insuffisance de sa prise en compte redouble la difficulté pour tous.

Si les pratiques d'accueil dans les services d'urgence diffèrent beaucoup d'un lieu à l'autre, tous les témoignages soulignent, dans l'après-coup, comment, dans ces moments, à côté des soins, seule une empathie sincère et authentique de la part des soignants permet d'atténuer le sentiment de rupture et d'isolement des familles.

De l'espoir de la guérison à la découverte du handicap

Après les craintes pour la survie, l'éveil du coma et le séjour en rééducation ouvrent une nouvelle phase.

La période de l'éveil, impressionnante et étrange pour les proches dans ses manifestations – apparence corporelle changée, confusion et extrême variabilité de la conscience, régression –, est néanmoins investie comme une période dynamique et transitoire ; elle favorise tous les fantasmes de guérison, malgré la prudence des soignants.

Progressivement, lorsque les fonctions de la motricité, de l'alimentation, de la vigilance et de la communication se remettent en place, les contours des troubles cognitifs et comportementaux – qui vont représenter le handicap le plus important – se dessinent pour l'entourage.

La priorité est que l'institution puisse avoir une fonction contenante pour les proches.

Avec l'aide des rééducateurs, la famille découvre un nouveau vocabulaire fait de « a » privatifs (amnésie dans ses différentes formes, apraxies et agnosies diverses, aphasies le cas échéant, anosognosie et apragmatisme) et de « dys » fonctionnements. Ces mots, souvent inconnus, s'accompagnent de peu de représentation. Les divers membres de la famille n'en mesurent pas les effets et l'impact dans la vie quotidienne et dans le devenir, ni pour le blessé ni pour eux-mêmes.

Les premiers retours au domicile ou en famille sont une étape sensible. Projetée, à juste titre, comme une marche fructueuse de la reconstruction qui va permettre au blessé de reprendre pied dans ses repères familiers, et à ses proches de le retrouver comme ils l'ont connu, elle est paradoxalement source des premières désillusions, tant le fait de voir la personne dans son contexte permet aussi de mesurer les changements.

Toutes les familles rendent compte de cette expérience très particulière où elles redécouvrent progressivement leur blessé à la fois devenu « le même et plus le même ». Cette étape nécessite un effort psychique significatif de la part de chacun pour réunir des perceptions contrastées et complexes à appréhender.

Si les informations apportées par les professionnels sur la nature des troubles sont indispensables à la connaissance, c'est surtout à travers les expériences vécues dans la vie de tous les jours que les proches réalisent l'étendue et les effets des déficits cognitifs et des modifications comportementales. Il leur faut un certain temps pour se repérer dans les réactions et comprendre ce qui crée les échecs, tant, d'une part, sont complexes et peu familiers les dysfonctionnements cognitifs sous-jacents, et douloureuse leur acceptation, et, d'autre part, sont limitées les possibilités du blessé de livrer un éclairage sur lui-même (modifications des perceptions, bouleversement identitaire).

Les erreurs d'interprétation (« *Il ne retient que ce qui l'arrange* », « *Il est déprimé* », « *Il est paresseux* », etc.) émaillent la vie sociale et relationnelle de malentendus et sont sources de situations potentiellement conflictuelles.

L'impossibilité de se retrouver dans des représentations communes (souvenirs d'épisodes vécus, projets et motivations, partage émotionnel, perception des situations, etc.) du fait des défaillances cognitives entrave les processus de reconnaissance réciproque et entraîne chez les proches une frustration importante qui, parfois, les amène à douter de la continuité de la relation affective.

De tous les changements, les modifications comportementales et émotionnelles inadaptées, en particulier dans les formes excessives d'intolérance aux frustrations, d'impulsivité, de désinhibition, sont les plus difficiles à supporter et entraînent des sentiments de honte, accrus par la sensibilité exacerbée au regard des autres.

Ainsi se forge pour l'entourage – décalée par rapport aux informations reçues, au fil des expériences vécues et de la tonalité affective qui les caractérise, chacun à leur rythme – une représentation des conséquences de l'accident cérébral sur les relations et la vie de la famille. Cette conscience procède d'un travail de deuil ; elle est à la fois féconde, accablante et complexe.

• Féconde, car elle intègre les éléments de la nouvelle réalité, propice aux réaménagements nécessaires, et qu'elle crée

chez les proches une expertise propre à la position d'aidant et de « moi auxiliaire » nécessaire au blessé.

• Accablante, car elle signe les pertes irréversibles .
• Complexe dans les interactions avec le blessé :

– car le plus souvent en décalage avec la conscience que le blessé a de lui-même et de la situation. Les différentes formes de méconnaissance par le blessé de ses troubles ou de leurs conséquences laissent les proches perplexes et démunis sur les façons de l'amener à intégrer les nouvelles réalités. Ils appellent et redoutent à la fois une lucidité, dont ils craignent les effets psychiques dévastateurs ;

– car elle intègre les antagonismes liés à la relation de dépendance. Les angoisses, réactivées par les échecs (une période d'errance, une chute, une altercation, l'oubli d'informations essentielles, etc.) et renforcées par le caractère « invisible » du handicap, majorent la dimension protectrice des liens.

À cette étape, la priorité réside dans l'instauration d'une communication interactive et souple entre les professionnels et la famille, qui apporte les éléments nécessaires à la connaissance et à la compréhension et qui respecte le rythme et les façons de chaque famille pour se les approprier.

À long terme

Malgré les récupérations progressives, les lésions cérébrales graves créent chez la personne cérébro-lésée un handicap psychique permanent qui grève à long terme son autonomie et la qualité de vie de son entourage.

La dynamique familiale, plus souvent qu'ailleurs, est exposée aux risques d'un épuisement lié à la lourdeur de la pathologie et à sa chronicité.

Elle est soumise aussi aux aléas d'un parcours semé d'embûches et de déséquilibres. Le traumatisme subi ne s'efface pas, prompt à resurgir sous forme de crise à différentes étapes de la vie de la famille ou du blessé (projets, événements, changements, etc.), à infiltrer les représentations familiales et à mobiliser les réactions défensives.

Par période, les doutes s'installent sur ce que sera l'avenir ou les forces pour s'y projeter. En particulier, la question des séparations et du vieillissement pour les parents est une source d'angoisse majeure qui engendre culpabilité et sentiments d'abandon.

Les différences de capacité de composer avec ces difficultés sont très variables d'une famille à l'autre.

Un accompagnement à long terme, par les professionnels, qui prenne en compte le cheminement singulier de chaque famille et l'évolution des besoins dans la réalité est une demande exprimée par les associations de familles.

Dans de nombreux cas, les familles tendent, avec le temps, vers un nouvel équilibre : « *Avec les années, on tend vers la stabilité – on finit par voir ce qui est possible, même s'il y a une invitation à une certaine routine...* » Comme d'autres proches engagés dans le soutien d'un des leurs, vulnérables, les proches des patients cérébro-lésés tentent de donner un sens à cet événement de leur histoire, ils repositionnent le projet familial, opèrent un retour vers les valeurs fondamentales de solidarité, de tolérance, d'authenticité... parfois avec l'amertume ressentie d'un décalage par rapport à la société et, parfois aussi, au prix de ruptures ou de dissensions dans l'unité familiale.

Pour certains, le chemin restera chaotique et le traumatisme non surmontable, engendrant durablement l'assujettissement du blessé aux problématiques et aux souffrances familiales ou, à l'inverse, l'assujettissement des membres de la famille aux aléas de l'évolution du blessé.

LES MODIFICATIONS DES INTERACTIONS FAMILIALES

L'accident bouleverse l'équilibre en place dans le groupe familial. Au départ, toutes les formes de la solidarité et de l'empathie sont convoquées à l'intérieur de la famille et autour d'elle.

Après la crise, les tentatives pour faire face, pour s'organiser, se réorganiser, sont liées à la singularité de chaque famille, aux facteurs qui ont déterminé la construction des interactions entre ses membres, solidaires ou conflictuelles, proches ou moins investies...

Les remaniements des interactions sont fonction de la place et du statut de la personne blessée et de chacune des personnes du groupe au moment de l'accident et de la nature des liens.

Certains vont occuper plus spécifiquement une place d'aidant auprès du blessé.

Les parents

Lorsque le blessé est jeune (les victimes de traumatisme crânien sont majoritairement des adolescents ou de jeunes adultes), les parents vont de façon naturelle renouer avec des schémas préexistants de la relation infantile. Justifiés au début, du fait de la régression massive, il leur sera souvent difficile et long de desserrer les liens protecteurs pour laisser place à la reconquête d'une autonomie. Il leur est douloureux de renoncer, pour eux-mêmes et dans leur identification à leur enfant, aux projections d'avenir et aux espoirs, en partie idéalisés, dont le jeune était porteur.

Que le blessé vive seul ou en couple, ou que son couple n'ait pas survécu au traumatisme, les parents sont →

amenés à se repositionner par rapport à leur parentalité dans un contexte inhabituel. Ils sont remobilisés à des périodes où ils ont à faire face aux évolutions de leur propre vie : éloignement géographique, perte d'un conjoint, maladie… En particulier, l'approche de leur vieillissement crée chez les parents des représentations conflictuelles, où l'indéfectibilité du lien affectif fait obstacle aux processus de réaménagements psychiques habituels à cette étape de la vie.
Dans les cas de séparation, et lorsque le blessé est père ou mère, les (grands-) parents sont souvent sollicités pour soutenir sa relation avec ses enfants, dans des interactions complexes, parfois antagonistes et qui brouillent les repères générationnels.
Ainsi en témoigne cette (grand)-mère, garante par le juge du droit d'accueil des deux jeunes enfants de son fils traumatisé crânien, dépassée par les conflits qui surgissent à chaque visite du fait des troubles comportementaux séquellaires : « *Je ne sais plus ce que je dois privilégier entre la sécurité de mes petits-enfants, la relation de mon fils avec ses enfants, ma relation avec mon fils ou ma relation avec mes petits-enfants.* »

Les conjoints

Le contrat conjugal ou amoureux diffère, dans sa forme et dans sa nature, du lien filial. Il ne peut plus se partager sur les mêmes bases qu'avant l'accident cérébral.
Le handicap cognitif et les modifications comportementales, ainsi que les changements identitaires entravent la qualité des échanges. La dépendance modifie les bases de la réciprocité et risque de déplacer la relation sur un mode proche d'une relation parent-enfant (« *J'ai un nouvel enfant à la maison* »).
Au-delà des bouleversements de l'organisation familiale, et malgré l'existence de sentiments de solidarité, ces modifications profondes de la relation amoureuse (incommunicabilité des expériences, frustrations affective et sexuelle) représentent un défi majeur pour les conjoints.
Plusieurs années après son traumatisme crânien, monsieur M., en difficulté dans son couple, se demande « *s'il est possible de reconstruire la relation sur de nouvelles bases qu'on pourrait partager à nouveau* ». Lorsque la frustration est insurmontable, la question d'une séparation éventuelle est infiltrée par le handicap. Dans certains cas, la dimension d'agressivité est clairement évoquée par le conjoint, le blessé étant jugé responsable des frustrations engendrées pour la famille.
Quand il y a des enfants, le parent « sain » est écartelé entre de nombreuses responsabilités et identifications : madame C., mère de cinq enfants, évoque les difficultés de son fils de douze ans depuis l'accident très grave de son mari ; le garçon reproche à sa mère de ne pas faire tout ce qu'il faut pour son père et fait de nombreuses fugues de l'internat où il a choisi de vivre depuis le retour de son père au domicile familial. Cette mère, bouleversée par la souffrance de son fils, se rappelle qu'il n'y a pas si longtemps, son mari et elle auraient partagé leurs réflexions à propos de leurs enfants, et cette pensée l'accable. Aujourd'hui, elle ne sait plus s'il est en situation d'apporter une parole de père, et elle craint qu'il ne s'attribue la responsabilité des difficultés de son fils. En même temps, laisser son mari en dehors d'un problème qui concerne l'un de ses enfants lui pose problème.

Les enfants

On observe un clivage dans les préoccupations des professionnels entre les besoins des patients cérébro-lésés adultes dont ils ont la charge et les retombées de la pathologie sur les enfants de ces patients. Il y a là pourtant un domaine où la prévention prend tout son sens.
L'enfant jeune se révèle très sensible à la détresse psychologique de son père ou de sa mère handicapée

et aux bouleversements de l'atmosphère familiale. Il peut souffrir de ce qu'il perçoit comme une moins grande disponibilité à son égard et s'interroger sur la modification de la nature du lien affectif avec ce parent.
Deux études parallèles menées par Hélène Oppenheim-Gluckman *et al.* se sont intéressées au vécu d'enfants et d'adolescents, dont l'un des parents était victime d'une lésion cérébrale grave. Si les enfants interrogés semblent réussir à maintenir une adaptation d'assez bonne qualité dans leur vie, les adolescents, pour leur part, manifestaient plus de signes symptomatiques de fragilité dans leur adaptation et de mal-être psychique qu'une population témoin du même âge. Ces enfants et ces adolescents exprimaient en commun des sentiments d'impuissance et d'insécurité pour eux-mêmes et pour leur famille, et de solitude au sein du milieu familial. Au-delà de l'adaptation et des ressentis, tous sont traversés par des processus psychiques complexes, dans lesquels l'impact inconscient du handicap du parent infiltre leurs représentations d'eux-mêmes, de la famille et de ses différents membres, et les processus d'identification ; ils ont des difficultés à se représenter la maladie de leur parent, en particulier les troubles cognitifs. Le retentissement du handicap paraît plus présent dans la vie psychique des adolescents pour lesquels les identifications, les tentatives de maintien d'une continuité des processus de filiation, de dépassement des sentiments difficiles, de projection dans l'avenir, sont plus fragiles que pour les enfants.
Les résultats de ces études ont incité à la création d'outils de sensibilisation des soignants à cette dimension du retentissement du handicap d'un parent cérébro-lésé. Un livret basé sur des témoignages d'enfants, *Quand papa ou maman a une blessure au cerveau* *, a été réalisé à l'intention des professionnels pour les aider à entrer en contact avec les enfants sur ces questions. Le livret a pour but d'aider les enfants à se repositionner dans leur relation avec leur parent blessé dans une vision contrastée qui ne s'arrête pas aux manques et aux déficits.
Le devenir de la relation entre un enfant et son parent blessé dépend pour partie du regard que l'autre parent porte sur le parent cérébro-lésé, et de sa capacité de soutenir cette relation. Il arrive qu'en cas de séparation du couple, les enfants soient privés de toute relation avec leur parent blessé. Le risque est important que ce vide dans la réalité ne soit à l'origine de représentations et d'identifications gravement perturbées chez ces enfants.

La fratrie

Régine Scelles s'est attachée à décrire, dans un certain nombre de ses travaux, comment le handicap d'un frère ou d'une sœur, en particulier lorsqu'il arrive au moment de l'enfance ou de l'adolescence, vient transformer le lien fraternel. Les processus d'identification des frères et sœurs à leur frère ou sœur handicapé(e) engendrent de la souffrance ; certains vont jusqu'à incarner le symptôme du frère ou de la sœur handicapé(e) pour le comprendre. La culpabilité créée par la situation traumatique modifie les règles de la rivalité fraternelle et vient fausser les identifications, les complicités, l'expression naturelle de l'agressivité et la résolution des conflits.
Le handicap transforme également les relations avec les parents. La fratrie pâtit de la mobilisation des parents envers le blessé ; la culpabilité conçue par les parents à ce sujet influencera les réflexions autour de leur succession (« *Jamais je ne veux que mes enfants aient à porter un tel fardeau* »).
Les modes d'engagement dans leur relation à leur frère ou sœur handicapé(e) et dans l'organisation familiale, ainsi que les tentatives d'intégration dans leur histoire personnelle de cette particularité de leur histoire familiale sont difficiles à trouver pour les membres de la fratrie, et il n'est pas rare que de nombreux frères et sœurs partent vivre à l'étranger.

QUELQUES PISTES DE TRAVAIL AVEC LES FAMILLES

Quels que soient son investissement et ses ressources dynamiques personnelles, aucune famille ne peut, seule, faire face aux besoins du blessé et aux bouleversements engendrés. La question dépasse la dimension d'une aide à apporter et s'inscrit plus largement dans la nécessité d'un travail à mener ensemble.
Pour les professionnels de la lésion cérébrale, les objectifs d'un travail avec les familles répondent à la nécessité de réduire l'impact de la pathologie sur les proches, d'instaurer et de soutenir dans la famille un processus d'adaptation positif (qui entraînera le processus dynamique chez le blessé), et de maintenir la place et le rôle de la personne cérébro-lésée dans le système familial.
Il existe plusieurs niveaux d'intervention possibles dont les retombées peuvent être psychothérapeutiques :
• L'accompagnement du cheminement des familles, respectant les différentes étapes, la singularité de chaque famille et sa capacité de construire ses propres solutions. →

Note

* *Quand Papa ou maman a une blessure au cerveau*, livret destiné aux enfants et adolescents ayant un parent cérébro-lésé, Paris, éditions CRFTC, 2008 (livret gratuit diffusé à plus de deux mille exemplaires parmi les professionnels s'occupant de patients cérébro-lésés).

Il est sous-tendu par une communication interactive dont l'information – sur tous les aspects de la maladie et de la prise en charge – et l'écoute – à la recherche d'une compréhension des fonctionnements – sont deux priorités.

• La reconnaissance de la place prioritaire de la famille comme acteur de la reconstruction du blessé. Elle se concrétise à travers la construction d'un modèle de l'accompagnement qui associe la famille, les professionnels et le blessé.

• La reconnaissance de la souffrance des proches comme une réalité à prendre en charge.

Les actions psychothérapeutiques qui s'adressent aux familles peuvent être de diverses natures.

De nombreux travaux anglo-saxons relatent l'intérêt de groupes thérapeutiques pour les familles de traumatisés crâniens ou qui associent les blessés et les familles. Les objectifs mis en avant sont l'entraide et le support, ainsi que le développement par les proches de capacités d'ajustement à la situation et d'une connaissance de la pathologie permettant de développer des réponses adéquates aux troubles cognitifs et comportementaux.

Plusieurs auteurs évoquent l'intérêt des thérapies systémiques familiales. À Bordeaux, la consultation « Handicap et Famille », modélisation dans le courant de la thérapie familiale systémique adaptée à la lésion cérébrale, est une forme de réponse pertinente qui intègre le blessé, son entourage, et l'équipe de réadaptation dans un processus thérapeutique commun.

Les entretiens avec les proches peuvent renforcer les représentations croisées.

Les psychologues, psychiatres ou psychanalystes qui mènent des psychothérapies avec les patients cérébro-lésés sont souvent amenés à proposer ponctuellement de recevoir le patient avec ses proches. Outre le fait de permettre aux proches une meilleure compréhension et une empathie envers le blessé, ces entretiens peuvent renforcer les représentations croisées. L'élaboration de l'expérience traumatique, la (re)connaissance de leur expérience subjective autour de la maladie et du handicap, le renforcement de leurs représentations, la mise en œuvre de processus de continuité psychique, sont des enjeux d'un soutien psychothérapique pour les proches susceptibles de diminuer la souffrance psychique.

Les institutions qui accueillent les personnes cérébro-lésées ont une capacité limitée dans l'aide qu'elles peuvent apporter aux familles dans ce domaine. Cependant, les spécificités des expériences en lien avec la pathologie cérébrale acquise – en particulier les troubles cognitifs et comportementaux – et le cloisonnement des fonctionnements sont des obstacles à la prise en charge à l'extérieur, fréquemment mis en avant tant par les familles que par les psychiatres, les psychologues ou les psychanalystes.

Un travail important reste à mener pour sensibiliser ces professionnels aux besoins de cette population et pour leur donner des outils qui les aident à aborder ces problématiques spécifiques.



Hélène Oppenheim-Gluckman
Psychiatre
Psychanalyste

Atteinte de la pensée et de l'identité

La clinique des patients cérébro-lésés montre que les troubles cognitifs atteignent le sujet dans sa sensation d'identité et d'existence. En se situant dans le champ de la causalité psychique inconsciente, à quel type d'expérience subjective les patients sont-ils confrontés lorsque surgit une atteinte des catégories de la pensée dont la cause est organique ?

Ce texte s'appuie sur une pratique clinique et de recherche auprès de patients cérébro-lésés [1]. Il trace des « pistes de réflexion », car le sujet abordé ici est difficile d'un point de vue clinique et épistémologique et il a été jusqu'alors peu exploré. Le travail psychanalytique avec les patients cérébro-lésés suppose, en effet, de se confronter à la clinique neuropsychologique et au médical, tout en gardant sa place de psychanalyste et ses repères théoriques.

À partir de la clinique des patients présentant des troubles cognitifs (patients psychotiques, autistes, déments, cérébro-lésés), la psychopathologie psychanalytique est concernée par la question de la cognition. Et sur cette question, les positions ne sont pas unifiées au sein du mouvement psychanalytique. Aux États-Unis, des psychanalystes comme Karen Kaplan-Solms et Mark Solms cherchent à créer un champ spécifique, la « neuropsychanalyse » ou « neuropsychologie des profondeurs », qui permettrait de corréler des éléments issus de la métapsychologie freudienne (une instance comme le Moi) avec les localisations cérébrales (le lobe frontal, par exemple).

En France, dans la suite de cette approche, certains, comme Lisa Ouss notamment, proposent une approche psychanalytique avec une lecture plurielle des symptômes associant lecture neuropsychologique et lecture psychodynamique. Cette approche utilise des modèles issus de la psychologie cognitive, comme, par exemple, le modèle de changement procédural dans le lien intersubjectif.

En ce qui me concerne, je me situe dans l'abord des patients cérébro-lésés dans le champ de la causalité psychique inconsciente, en dehors de toute logique de causalité de type étiologique, en dehors du débat organogenèse ou psychogenèse. J'essaie, dans le cadre d'une relation transférentielle avec les patients, de comprendre à quel type d'expérience subjective ils sont confrontés lorsqu'il y a atteinte des catégories de la pensée pour des raisons organiques. J'essaie aussi de comprendre ce qui se passe du point de vue de leur économie psychique lorsqu'ils doivent faire face à ces atteintes. Cette approche, centrée sur ce qui fait « événement psychique » pour le sujet, différencie le fait d'être cérébro-lésé comme état neurologique et le fait d'être cérébro-lésé comme « événement psychique ». Cet « événement psychique » est, par ailleurs, pour moi, un élément qui doit trouver sa « juste place » dans la vie fantasmatique du sujet et de son entourage, dans son histoire personnelle, familiale, consciente et inconsciente. Cet abord a des retombées cliniques dans la mesure où il influe sur les modalités d'écoute de ces patients et de leur entourage.

Je vais aborder la question de la clinique des patients cérébro-lésés et celle de la place de la cognition pour l'économie psychique du sujet à partir principalement



Note

1. Ces patients, à cause de lésions du cerveau dues à des traumatismes crâniens, des tumeurs, des accidents vasculaires, etc., présentent des atteintes cognitives comme des troubles du langage, de la mémoire, du geste, de la reconnaissance des visages, de l'orientation dans le temps et dans l'espace...

→ de la question de l'identité et du sentiment d'identité. D'autres éléments psychopathologiques ne seront pas abordés ici faute de place. Je l'ai fait par ailleurs dans *La Pensée naufragée.*

L'ATTEINTE DU SENTIMENT D'IDENTITÉ ET D'EXISTENCE

L'atteinte du sentiment d'identité, de l'identité subjective, est un élément central chez les patients cérébro-lésés. Elle se manifeste sous diverses formes, et notamment l'atteinte du sentiment d'identité et d'existence.

Le coma et le réveil de coma par lesquels passent de nombreux patients qui ont eu un traumatisme crânien ou un accident vasculaire cérébral, les troubles moteurs et les troubles cognitifs, dans la mesure où ils recréent un état d'insuffisance organique, réactivent des éléments de l'expérience originaire d'impuissance et de « désaide » du nourrisson, l'expérience de détresse, liée à la prématurité physiologique, que Sigmund Freud décrit dès *L'Esquisse d'une psychologie scientifique* (1895)[2].

La clinique des patients cérébro-lésés montre que les troubles cognitifs atteignent le sujet dans sa sensation d'identité et d'existence telle qu'elle est soutenue par la mémoire, l'image du corps, le schéma corporel, le rapport à l'espace et à la temporalité, mais aussi par la continuité de la relation à l'autre et le maintien des processus d'inter-reconnaissance entre soi et l'autre.

En nous appuyant sur les travaux de Françoise Dolto, dans *L'Image inconsciente du corps,* nous pourrions dire que l'atteinte cognitive induit un ébranlement de ce qu'elle appelle le « *narcissisme primordial* », grâce auquel le sujet éprouve une sensation de permanence de soi. Ou bien, en nous appuyant sur les élaborations de Donald W. Winnicott, nous pourrions dire que les atteintes cognitives mettent en péril le « self » et le sentiment continu d'exister.

La clinique des patients cérébro-lésés montre que la cognition a une fonction d'étayage interne pour le sujet. Elle lui permet d'intégrer dans son espace psychique les représentations de soi et du monde propres à chacun. Certains patients cérébro-lésés, à cause de troubles mnésiques (troubles de la mémoire autobiographique en particulier, les patients perdant ainsi une très grande partie des souvenirs de leur histoire personnelle et familiale), à cause de troubles de la reconnaissance des visages familiers ou de la reconnaissance des objets, par exemple, ne peuvent plus s'appuyer sur leur propre système de représentation pour parler d'eux-mêmes et du monde qui les entoure. Ils utilisent les paroles de leur proche comme « prothèses de représentation ». J'utilise le terme « représentation » dans le sens suivant : le sujet n'a pas d'évocation consciente ou préconsciente dans son espace psychique interne de l'événement qu'a constitué pour lui la maladie et de ses conséquences, des événements de son histoire familiale ou personnelle, des événements actuels et des relations qu'il entretient avec les autres et le monde extérieur. Je parle de « prothèse de représentation » quand le sujet s'appuie sur des éléments extérieurs à lui-même pour tenter de se représenter l'accident, ses conséquences, sa biographie, le monde qui l'entoure, faute de « représentation interne ». Si certains patients peuvent identifier les « prothèses de représentation » qu'ils utilisent comme leur étant extérieures (et donc repérer qu'ils reprennent à leur compte le discours d'un autre), d'autres, au contraire, ne peuvent plus parler en leur nom propre et dire « je ». Quand les patients utilisent ainsi des « prothèses de représentation », il peut y avoir un discours sur un événement, mais le chemin allant de ce discours à l'expérience vécue et ressentie est barré. La signification émotionnelle et personnelle de la perception de cet événement n'existe pas.

Que se passe-t-il lorsque le sujet est dans une telle situation ? Il y a alors une expérience de clivage, avec la coexistence de deux systèmes séparés : le discours et la représentation interne et éprouvée qui n'est pas reliée à ce discours, voire peut-être en contradiction avec lui. Ainsi, lors de son accident, Norbert conduisait. Son amie est morte. Il n'arrive pas à croire en cet accident qu'on lui a raconté, bien qu'il sache que son amie est morte. Il fait comme si, pour ne « pas passer pour un fou ». Ici, la difficulté pour Norbert à intégrer l'accident dans son espace psychique est à la convergence de l'amnésie post-traumatique et d'éléments de culpabilité. Il y a un clivage entre son discours et l'absence de souvenir éprouvé de l'accident.

Certaines expériences et représentations de soi et du monde, dans ces conditions, sont mises en valeur ou énoncées en fonction du discours, des besoins et des désirs d'un autre, car le sujet cérébro-lésé a besoin de s'appuyer sur les représentations des autres et de trouver avec eux un discours commun, même artificiel. Mais ces représentations de soi et du monde s'écartent de fait des expériences et des représentations que le sujet peut réellement s'attribuer et éprouver .

Tous les éléments montrent que l'autre n'est pas seulement pour les patients cérébro-lésés un « *cerveau assistance* » (pour reprendre l'expression d'un de mes patients), c'est-à-dire une aide ou une suppléance pour la réalisation de tâches cognitives que le patient ne peut plus faire. Il a aussi une fonction d'étayage, comme une « *mère suffisamment bonne*[3] ». Il supplée à la défaillance des

processus d'étayage interne à cause des atteintes cognitives. L'autre a aussi une fonction de support de « prothèses de représentation ». Cette fonction est inévitable à cause de la situation créée par les atteintes cognitives, mais elle est intrinsèquement génératrice de mécanismes d'aliénation. L'atteinte de la sensation d'identité et d'existence vécue par le sujet cérébro-lésé est aussi due à la difficulté qu'il éprouve à faire l'expérience de l'intersubjectivité. Cette expérience est un des fondements de la sensation de soi. Faire l'expérience de l'intersubjectivité suppose l'existence d'un cadre commun de significations et de moyens de communication, un jeu de langage (verbal ou non) partagé et partageable. Or, à cause des atteintes cognitives, ce cadre commun de partage possible des expériences subjectives est mis à mal. En effet, à cause de ces atteintes, l'univers subjectif des patients et leur compréhension du monde deviennent différents. J'en donnerai deux exemples. En cas d'amnésie, la perte des souvenirs et la reconstruction de ceux-ci à l'aide de supports extérieurs (photos, récits des proches) ne permettent pas au patient de se les attribuer. Ce sont, pour reprendre les paroles d'un de mes patients, « *des reportages plats dans lesquels on serait sans y être* ». D'où l'absence d'un éprouvé lié au souvenir, d'où la difficulté à raconter l'histoire de sa propre vie avec toutes les possibilités de modifier la façon dont nous nous voyons nous-même et dont nous voyons les autres et les événements, d'où aussi la difficulté d'un partage possible des souvenirs avec l'autre. Cela altère les possibilités d'empathie et d'intersubjectivité. De même, lors de certaines atteintes de l'hémisphère droit et du lobe frontal, il y a perte du sens de la métaphore, difficulté à comprendre les « actes indirects de langage » ou le contexte de l'énonciation. Dans ces conditions, la parole prononcée par le patient ou par un autre est perçue sans polysémie, porteuse d'un sens unique. L'expérience d'un lien interpersonnel et intersubjectif à travers une signification partagée devient donc très difficile. Certains patients cérébro-lésés, à cause des lésions cérébrales, ont des difficultés à percevoir l'intensité et le sens émotionnel de ce qui les entoure, en particulier des visages. Cela rend aussi difficile un cadre commun de signification autour du « non-verbal ». Un jeu de langage transmissible et commun devient, dans ces conditions, très difficile. Tous ces éléments, spécifiques à la lésion cérébrale, s'ajoutent à ce que nous pouvons retrouver dans toute expérience d'une maladie somatique grave et dans toute expérience extrême et traumatique. Le fait d'être cérébro-lésé, comme c'est le cas pour d'autres maladies somatiques ou expériences traumatiques extrêmes, est une expérience inintégrable et difficilement pensable par le patient lui-même, mais aussi par tout interlocuteur. Ces situations rendent aussi difficile un langage partagé et partageable entre soi et les autres, la possibilité de transmission de l'expérience vécue.

L'univers subjectif des patients et leur compréhension du monde deviennent différents.

LE RAPPORT AU TEMPS VÉCU

L'altération du rapport au temps éprouvé et vécu constitue une autre forme de l'atteinte du sentiment d'identité.
La complexité du rapport des patients cérébro-lésés à la temporalité illustre la différence et la complémentarité des approches neuropsychologiques et psychopathologiques. D'un point de vue neuropsychologique, on décrit très souvent une grande lenteur et une désorientation temporelle chez les patients cérébro-lésés. Les troubles mnésiques la favorisent. Les troubles de la mémoire immédiate ou de la mémoire épisodique entraînent, en effet, une altération du rapport au temps vécu. En neuropsychologie, la mémoire épisodique est une des composantes de la mémoire autobiographique : c'est la mémoire d'événements personnels spécifiques vécus, et on l'oppose à la mémoire sémantique qui regroupe des connaissances plus générales sur son passé (son lieu de travail ou encore les noms des collègues, par exemple). Des travaux de psychologie cognitive sur la mémoire épisodique ont montré que la mémoire pour l'ordre temporel était affectée chez certains patients avec des lésions frontales. Cela est bien décrit par Pascale Piolino, Béatrice Desgranges et Francis Eustache dans leur ouvrage *La Mémoire autobiographique : théorie et pratique.*
La neuropsychologie réadaptative diagnostique, à l'aide de tests, la désorientation temporelle et les troubles mnésiques. Elle améliore le rapport du patient à la réalité quotidienne par un travail rééducatif et réadaptatif qui l'aide, entre autres, à se réapproprier le temps social (le jour, l'heure, le respect des rendez-vous) soit par l'apprentissage, soit par la mise en œuvre de moyens de suppléance, comme la tenue d'un agenda.
La psychopathologie se centre sur l'altération du rapport au temps vécu due à la lésion cérébrale. Cette altération retentit sur l'identité subjective. Lorsque la temporalité n'est pas ressentie, cela modifie la compréhension du monde →

Notes

2. Freud S., « Projet d'une psychologie », *in Lettres à Wilhelm Fliess*, Paris, PUF, 2006.

3. Je reprends ici un concept winnicottien.

→ extérieur, les fantasmes et la vie psychique tels qu'ils s'inscrivent dans une temporalité.
Ainsi, malgré l'utilisation du temps social grâce à la rééducation et à la réadaptation neuropsychologique, la temporalité est une expérience que de nombreux patients n'éprouvent plus. Ils connaissent la date, leur âge, mais ce savoir leur est extérieur. Il n'est pas intégré dans leur espace psychique. À cause des troubles de la mémoire immédiate, certains patients redécouvrent le monde qui les entoure à chaque instant.
Ainsi, la lenteur n'est pas seulement un élément quantitatif (les patients cérébro-lésés sont plus lents que les normaux). Elle reflète aussi une autre façon d'être et de penser. En cas de troubles moteurs ou neurologiques, c'est la sensation d'un corps ou de parties de corps qu'on ne maîtrise plus, ou d'un corps qui vacille, qui se dérobe. En cas de troubles cognitifs, il existe le sentiment d'un décalage permanent entre soi et les autres quand cette lenteur reflète, entre autres, des difficultés d'intégration et de traitement cognitif des messages venus de la réalité extérieure et une difficulté à élaborer ses propres réponses face à cette réalité. Cette expérience fait basculer les repères familiers et habituels du patient par rapport au sentiment qu'il a de lui-même et les repères familiers et habituels par rapport à la relation qu'il entretient avec son entourage. Cette expérience est tellement troublante qu'elle en devient difficilement transmissible. D'où le sentiment du patient d'être dans un « *autre monde* », « *de ne plus parler la même langue que les autres* ».
Certains patients restent figés dans le temps de l'enfance à cause, entre autres, des troubles mnésiques.
C'est le cas de madame A qui a « perdu » dix ans de sa vie après son accident de voiture. Originaire d'Argentine, elle n'a aucun souvenir de son arrivée en France, de son mariage, de la naissance de son fils. La France et son statut d'épouse et de mère sont pour elle artificiels. Lorsqu'elle parle de façon répétitive de sa vie actuelle, elle dit qu'elle se sent « *comme hébergée* » chez un homme qui est son mari. Le seul espace qui a un sens pour elle et dans lequel elle se retrouve est celui de son pays natal, qui représente le temps de l'enfance, pour lequel elle peut avoir un sentiment de familiarité et des souvenirs éprouvés possibles. Elle a beau essayer de se comporter comme une mère et une épouse, parce qu'on lui dit qu'il faut le faire et parce qu'elle a une perception confuse de ce vécu et de cette expérience, elle est de fait dans le temps de l'enfance (les souvenirs, les affects de ce temps-là) faute de souvenirs éprouvés de sa vie d'après. Cela est perçu par son mari qui répète « [qu'il a] *maintenant deux enfants à la maison* » et par son fils qui lui dit « *si tu fais une bêtise, je vais le dire à papa, il va te donner une fessée* ». Elle-même parle des difficultés dans son couple en disant « *mon mari me gronde* ». Elle ne peut parler de sa venue en France et de son mariage, puis de sa maternité qu'en s'appuyant sur le discours de son mari et de sa famille, mais ces événements sont pour elle un savoir et non un vécu. Elle regarde avec perplexité sa carte d'identité française (elle a acquis la nationalité française en se mariant) qui n'a pour elle aucun sens. Il n'y a plus, à cause de son trouble de la mémoire épisodique, de partage authentique possible avec son mari autour de souvenirs communs.
Boris, vingt ans, reste lui aussi figé dans le temps de l'enfance, faute de moyens cognitifs pour en sortir et parce que la dépendance extrême dans laquelle il se trouve à cause des conséquences cognitives et motrices de son traumatisme crânien ne lui permet pas de se confronter aux expériences nécessaires qui permettent les processus psychiques de maturation (adolescence, entrée dans l'âge adulte). Enfant très brillant en classe, il avait dix ans quand il a eu un traumatisme crânien grave suivi de plusieurs années d'hospitalisation. Il a de très gros troubles mnésiques et un syndrome frontal massif. Il se raccroche de façon répétitive à deux, trois « îlots » de souvenirs qui le font apparaître très enfantin aux yeux de tous : à savoir le fait qu'on l'appelait « *francboris* », car il était très bon en français, une blague sur le nom de famille d'un de ses camarades lorsqu'il vivait à l'étranger – ce qui fut une période très heureuse pour lui – ou encore des bribes de *Tintin*. Ces « îlots de souvenirs » font apparaître Boris « figé » dans le temps de l'enfance. Mais ils sont, par ailleurs, des tentatives de maintien de son identité subjective, des « mots-liens » et des repères nécessaires qui lui permettent de se rattacher à son histoire et à des façons d'être qui lui sont familières.
Les atteintes cognitives permettent donc de mettre en évidence de façon presque « expérimentale » des niveaux et des espaces de temporalité différents chez l'individu.

LA MÉCONNAISSANCE DES TROUBLES

La méconnaissance des troubles neurologiques (en particulier de la paralysie gauche) et des troubles cognitifs chez les patients cérébro-lésés montre, comme pour d'autres atteintes cognitives, combien les aspects moïques et imaginaires qui constituent notre identité nous sont indispensables dans la relation à nous-même et à autrui, et combien ils sont importants dans les liens à la réalité et aux autres, et combien ils nous structurent.
L'image spéculaire a une place très importante dans la mise en œuvre de notre identité subjective. Un moment clé de la constitution de notre identité serait lié au fait que le sujet se perçoit, en présence d'un autre proche, à partir d'une image

virtuelle de son corps, d'un mirage, d'une fiction, d'une image qui n'est pas totalement intégrée dans lui-même : « *L'être humain ne voit sa forme réalisée totale, le mirage de lui-même, que hors de lui-même* », écrit Jacques Lacan dans les *Écrits techniques de Freud.* L'extériorité par rapport à soi de l'image spéculaire de notre corps a été beaucoup développée par Jacques Lacan dans plusieurs textes. Dans « Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je », il n'hésite d'ailleurs pas à la qualifier de « *forme orthopédique* ».
À partir du constat que l'enfant, quand il prend conscience de lui-même, parle de lui à la troisième personne avant de le faire à la première personne, et à partir de la notion de transitivisme qu'il développe à plusieurs reprises, pour Jacques Lacan, il y a « *captation par l'image de l'autre* ».
Il écrit : « *Le sujet s'identifie dans son sentiment de soi à l'image de l'autre et l'image de l'autre vient à captiver en lui ce sentiment.* » Le transitivisme, comme la captation par l'image de l'autre, sont pour Jacques Lacan une caractéristique du vivant, et pas seulement de l'homme.
L'image spéculaire anticipe aussi un corps unifié, alors que le schéma corporel de l'enfant qui se regarde dans le miroir ne lui permet pas d'avoir encore une connaissance de ce corps unifié. Il y a donc une méconnaissance structurelle et inaugurale dans la constitution de notre identité et par rapport à l'accès à notre corps qui est liée, entre autres, à l'insuffisance organique des premiers moments de notre existence. La reconnaissance de soi du côté du spéculaire se fait à partir d'une perception de soi en décalage avec celle qui est liée au schéma corporel et à partir d'indices visuels extérieurs à soi et symétriquement inversés.
Dans *La Clinique de l'identité,* Stéphane Thibierge s'est intéressé à la structure et à la fonction de l'image spéculaire dans la mise en place de l'identité. Il s'est intéressé, en particulier, aux troubles de l'identité qui apparaissent chez des patients hémiplégiques du côté gauche avec des lésions cérébrales droites. Ces patients méconnaissent leur hémiplégie et, parfois, parlent de leurs membres paralysés à la troisième personne, voire comme s'il s'agissait d'une autre personne. Stéphane Thibierge fait l'hypothèse qu'il y a atteinte, dans ces cas, de ce qu'il appelle « *la valeur phallique de l'image spéculaire* ». Ces troubles, dit-il, délient les aspects imaginaires et symboliques de cette image, et donc de l'identité.
Dans ma pratique, j'ai reçu des patients qui méconnaissaient leurs troubles cognitifs après un accident vasculaire cérébral ou un traumatisme crânien (troubles de mémoire, du langage, du rapport au temps et à l'espace, de la capacité de s'organiser dans la vie quotidienne, de la reconnaissance des visages familiers ou des objets, etc.).



Le miroir permettrait-il une confrontation au schéma corporel ?

Que puis-je dire, en tant que psychanalyste, sur cette méconnaissance ? Pendant très longtemps, après le début de la maladie ou après l'accident, ces patients ont une difficulté à intégrer l'expérience de la maladie dans leur espace psychique et existentiel. Ils ne reconnaissent pas cette expérience comme faisant partie de leur histoire personnelle consciente et inconsciente. Cette difficulté est liée, entre autres, à l'absence de représentation des troubles cognitifs et des circonstances de la lésion cérébrale. Le sujet ne peut s'attribuer l'expérience de l'accident et de ses suites faute de « représentation interne » de ceux-ci. Cela est dû notamment au fait qu'il y a eu perte de connaissance, voire un coma, donc pas de souvenir conscient de l'accident initial. Mais cela est aussi dû, en partie, à l'existence de troubles cognitifs, en particulier les troubles de mémoire.
D'autres éléments peuvent aussi aider à comprendre cette absence de représentation. Comme dans d'autres maladies somatiques graves ou expériences traumatiques extrêmes, l'expérience de désorganisation cognitive et neurologique excède les capacités de représentation du sujet, ce que le corps et le psychique peuvent intégrer. →

→ Elle ne renvoie à rien d'autre de pensable pour le patient et pour tout interlocuteur. Pour que le sujet puisse intégrer l'expérience de la maladie dans son histoire, il lui faut tout d'abord intégrer cette expérience traumatique dans son espace psychique. Par ailleurs, le patient ne peut s'attribuer cette expérience, car il est confronté à des perceptions de son corps et de lui-même qu'il ne reconnaît pas comme pouvant faire partie de lui-même. Elles sont, pendant longtemps, inintégrables pour plusieurs raisons. D'abord, le dysfonctionnement de la masse biologique, à cause de la maladie, est hétérogène par rapport au fonctionnement habituel, en « pilotage automatique » de son corps. Ensuite, ce dysfonctionnement doit aussi être intégré par l'image inconsciente du corps. Enfin, le patient ne peut s'attribuer cette expérience, car elle est pendant longtemps inintégrable par rapport à son sentiment d'identité, par rapport à l'idée consciente et inconsciente qu'il se fait de lui-même et de son fonctionnement psychique. Les traces mnésiques de la réalité et de l'éprouvé du corps, qui renvoient le sujet à ce qu'il était avant sa maladie, apparaissent totalement contradictoires avec ce qu'il perçoit de lui « ici et maintenant », sans qu'il ait les capacités cognitives et la continuité moïque nécessaire pour « faire avec » cet écart et avec l'insupportable de la maladie.

Tant que le sujet n'a pas intégré l'expérience de la maladie dans son espace psychique, le sujet a sur sa maladie un savoir appris, intellectuel, venu de la parole d'un autre (les médecins, les rééducateurs, les proches). Beaucoup de patients, lors d'entretiens psychothérapeutiques, disent que l'expérience propre ne peut confirmer ce discours sur lequel persiste un doute majeur. Les patients fonctionnent avec ce que j'ai appelé précédemment des « prothèses de représentation ».

La prise de conscience des troubles cognitifs chez les patients traumatisés crâniens ou qui ont eu un accident vasculaire cérébral est, sans doute, particulièrement malaisée, car il n'y a pas de rapport visuel à la partie handicapée. Cette absence rendrait difficile une conscience même ambiguë de la partie de soi lésée. Même sans lésion cérébrale, il nous est difficile d'avoir une représentation de notre cognition et de son fonctionnement. Les patients avec un traumatisme crânien ou un accident vasculaire cérébral prennent souvent conscience de leur handicap, avec beaucoup de révolte, uniquement à travers leurs difficultés motrices. Leur seule demande est souvent de pouvoir marcher à nouveau.

Quelle est la nature du rapport visuel à la partie handicapée? Israël Rosenfield, qui est neurologue, a décrit ce qui se passe pour une patiente qui méconnaît son hémiplégie lorsqu'elle est face à un miroir. Elle reconnaît que son bras lui appartient seulement lorsqu'elle le voit dans le miroir. Un autre neurologue, A. Fotopoulos, a décrit la levée de la méconnaissance de l'hémiplégie chez une autre patiente, et ce, de façon durable, quand elle s'est vue sur une vidéo « à la troisième personne » (et pas à la « première » souligne l'auteur de l'article).

Pourquoi l'image de la patiente dans le miroir ou sur la vidéo permet-elle aux patientes de dire que leur membre est paralysé et que c'est bien le leur ? L'image dans le miroir reconstituerait une image spéculaire, mais c'est une image qui se démarquerait de toute sensorialité corporelle directe (Guillerault, 1996). Cette image dans le miroir serait comme une photo ou une abstraction. Lorsque la méconnaissance de l'hémiplégie est levée quand la patiente se voit sur la vidéo à la « troisième personne », ce serait grâce à une connaissance de soi extérieure à elle-même.

Peut-on penser que, dans la méconnaissance des troubles moteurs ou cognitifs, la dissociation entre l'image inconsciente du corps (qui resterait celle d'avant la maladie) et le schéma corporel, dissociation décrite par Françoise Dolto dans *L'Image inconsciente du corps*, se révèlerait de façon plus évidente ? Pouvons-nous dire, en nous appuyant sur les écrits de Gérard Guillerault, qu'il y aurait chez ces patientes confrontation dans le miroir au schéma corporel, mobilisation optique de celui-ci ? Ces questions restent ouvertes.

En tout cas, ce que montre la méconnaissance du trouble chez les patients cérébro-lésés, c'est l'importance des « formes orthopédiques », issues du spéculaire, formes extérieures à nous-même, dans la constitution de notre identité, dans la conscience de soi et le lien avec la réalité.

CONCLUSION

L'expérience d'une « pensée naufragée » (Oppenheim-Gluckman, 2006) constitue la spécificité principale des sujets cérébro-lésés. Vivre avec une pensée naufragée, c'est se confronter à des angoisses difficilement imaginables, c'est vivre une déchirure entre soi et le monde extérieur.

Dans ces conditions, l'enjeu du travail psychanalytique avec ces patients est triple : leur permettre de s'approprier l'expérience vécue à l'occasion de la maladie, de se retrouver dans la continuité d'une histoire personnelle et familiale, mais aussi de maintenir une relation suffisamment authentique à l'autre et au monde extérieur. C'est peut-être ainsi qu'ils pourront garder le sentiment de leur identité et de leur valeur, donner à nouveau sens à leur existence et trouver une place dans leur famille et dans la société.

DOSSIER
Le traumatisme crânien



Pascale Bruguière
Psychologue clinicienne
Docteur en psychologie clinique et psychopathologie

Le travail clinique en service spécialisé

Comment aider le sujet à penser / panser son traumatisme pour lui permettre de trouver une perception identitaire nouvelle lorsqu'un accident neurologique est venu faire effraction dans sa temporalité et a bouleversé son identité psychique et corporelle ? Immersion dans un service de médecine physique et réadapation.

Travailler comme psychologue clinicienne dans un service de médecine physique et réadaptation (MPR) qui accueille des patients adultes présentant des lésions cérébrales acquises (traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, anoxie, tumeur, etc.) suppose la connaissance, au-delà de la lésion cérébrale, de ses différentes et multiples conséquences : troubles de la motricité, troubles de la sensibilité, troubles de la perception, troubles neuropsychologiques... Cela suppose également la reconnaissance de la dimension psychique qui y est associée. Cette reconnaissance, ou plutôt cette ouverture, est sans aucun doute portée par un chef de service et des équipes sensibles à la souffrance psychique des patients. Elle ouvre à la spécificité du travail effectué auprès de ces patients chez qui les aspects cognitifs et psychiques s'entrecroisent et parfois s'intriquent. Elle ouvre aussi à un travail spécifique dans une équipe pluridisciplinaire confrontée aux effets de la pathologie, tant à titre individuel qu'institutionnel.

> *S'inscrire dans un moment particulier de l'histoire médicale du patient.*

SPÉCIFICITÉS DE LA PRISE EN CHARGE

L'entrée en MPR, un moment clinique particulier

Travailler dans un service de MPR, c'est d'abord s'inscrire dans un moment particulier de l'histoire médicale du patient. En effet, c'est après un premier temps de prise en charge dans des unités spécialisées traitant la souffrance en aigu que le patient est accueilli pour une durée indéterminée en MPR. Son arrivée, lorsqu'elle s'inscrit dans les suites de coma, est bien souvent imprégnée de l'expérience étrange, voire dépersonnalisante, qu'il vient de vivre, et sans doute même à laquelle il vient de survivre ; les angoisses de mort, parfois associées à des perceptions et expériences persécutantes, peuvent alors se révéler massives (Oppenheim-Gluckman, 1995 ; Grosclaude, 1988). Monsieur T, dès le premier entretien, se souvient : « *Je me suis réveillé ici, tout était faux, on voulait me garder pour le transfert des piqûres, on m'utilisait comme une machine. C'était horrible. J'ai grossi, je ne pouvais plus bouger. On m'a pris pour mort, on m'a utilisé.* » Les angoisses de dépersonnalisation et de persécution sont massives, alimentées, du moins en partie, par des éléments de réalité. Certains patients évoquent directement une expérience de mort extrêmement angoissante : « *J'étais à moitié mort, j'avais un pied dans la tombe* » ; expérience extrême dont l'éventuelle répétition peut être redoutée par certains, alors qu'ils avaient vécu jusque-là, comme tout un chacun, insouciants, persuadés de leur immortalité (Freud, 1918, 1919).
Cette angoisse de mort n'est, sans aucun doute, pas spécifique à l'accident neurologique ; elle se retrouve dans différentes pathologies qui confrontent brutalement le sujet à un risque vital ou, du moins, à ce qu'il vit comme tel. Mais elle est une constante pour les patients lorsqu'ils arrivent en MPR et apparaît sans doute d'autant plus marquée qu'elle n'a pas pu se lier à un événement dont →

→ les conséquences, dans l'après-coup, vont constituer un réel traumatisme psychique.

Au-delà des symptômes, reconnaître le sujet

L'accident neurologique, dans sa brutalité, fait effraction dans l'histoire singulière d'un sujet, bouscule le temps et déboussole l'identité psychique et corporelle. Tel un rescapé qui a fini par rejoindre un rivage inconnu après la tempête, le patient prend peu à peu conscience tout d'abord de ce corps qui n'est plus si familier, qui est étrange, parfois même étranger (Morin, 2009)... puis il prend conscience de cette pensée abîmée, « *naufragée* » (Oppenheim-Gluckman, 2006)... Le psychologue clinicien prend en compte la souffrance neurologique et cognitive, mais, au-delà des symptômes, aussi massifs soient-ils, il se centre avant tout sur le sujet ; ce sujet confronté à une pathologie, à des déficiences qu'il n'a pas encore intégrées, souvent même pas encore totalement repérées, mais auxquelles il ne peut être réduit. En effet, ce sujet est inscrit dans une histoire personnelle et familiale qui donne au vécu une coloration singulière, comme pour ce patient convaincu que son accident vasculaire cérébral (AVC) était une punition divine en rapport avec une relation extraconjugale, ou cet autre patient dont le père a lui-même fait un AVC au même âge, l'AVC l'inscrivant dès lors dans une lignée paternelle. Ainsi, le psychologue prend en compte, d'une part, la dimension subjective du sujet, le sens que le sujet lui-même octroie à ses symptômes, à sa maladie et, d'autre part, la fonction que ces symptômes peuvent prendre dans son économie psychique.

Dépasser la blessure narcissique suppose d'importants remaniements psychiques.

Tisser en permanence fil cognitif et fil psychique

Dans le même temps, les troubles cognitifs mettent le clinicien en demeure d'interroger en permanence deux dimensions essentielles – cognitive et psychique – qui peuvent s'entrecroiser ou apparaître intriquées, voire imbriquées. Les tableaux psychopathologiques se révèlent toujours complexes et appellent, de fait, à la prudence, certes dans l'interprétation que le clinicien peut en faire, mais plus encore dans l'interprétation qu'il peut proposer au sujet. Car, au-delà de la nécessité d'effectuer une double lecture, à la fois neuropsychologique et psychodynamique, le clinicien ne peut oublier que cette approche n'est qu'une construction intellectuelle qui lui permet de penser, mais qui ne reflète ni la complexité ni la dynamique du fonctionnement psychique d'un sujet. Ainsi, nombreux sont les troubles neuropsychologiques qui peuvent avoir, à un moment donné, une fonction défensive. D'où des questions qui se posent de manière itérative comme celles de l'anosognosie (méconnaissance d'origine neurologique) ou du déni, ces deux mécanismes pouvant alterner chez le même sujet. Ou encore la question des troubles attentionnels dont l'origine neurologique est avérée, mais qui peuvent ponctuellement prendre une valeur défensive face aux vécus de pertes. Ou encore la question de ces silences qui ponctuent le travail de la pensée et peuvent tour à tour traduire une difficulté à dire de nature aphasique ou une difficulté à penser de l'ordre de l'inhibition psychique.

Les troubles cognitifs nous ouvrent à d'autres interrogations comme avec ce patient amnésique qui a oublié le décès récent de sa mère. L'affect dépressif prégnant nous amène à nous interroger sur le poids du refoulement et sur le bien-fondé ou non de rappeler une représentation de perte susceptible de se lier à l'affect dépressif, mais dont on ne sait si elle est ou non pertinente. Sans être exhaustif, évoquons encore d'autres difficultés que dévoile ce tissage si particulier ; ainsi, l'oubli peut conduire à la compulsion de répétition, les entretiens tendant à se répéter à l'identique, comme avec monsieur V dont la plainte itérative reste fixée sur ses difficultés de déplacement, puisqu'on lui interdit de conduire.

À la lecture neuropsychologique qui se manifeste en termes de manque de flexibilité et de persévération répond une lecture psychodynamique qui inscrit la répétition dans un vécu de perte si insupportable que l'autre en vient à porter, sur un mode projectif, l'entière responsabilité et devient dès lors le persécuteur anonyme mais néanmoins désigné ; simultanément, monsieur V inscrit dans un mouvement transférentiel le thérapeute dans le même vécu, dans le même mouvement circulaire qui fige et anéantit le temps.

Un travail d'élaboration compliqué

Toute perte qui touche le sujet dans son intégrité et, de ce fait, l'image qu'il a de lui-même et les différentes relations qu'il établit avec les autres, suppose un travail d'élaboration particulier. Dépasser la blessure narcissique, renoncer à un « Soi » relativement familier pour apprivoiser un autre « Soi », encore inconnu, suppose d'importants remaniements psychiques. Le renoncement qui est mis au travail dans une confrontation aux pertes tant réelles que fantasmatiques paraît essentiel, car de ce travail dépendront les investissements ultérieurs.

Mais ce travail apparaît largement compliqué pour les sujets cérébro-lésés. En effet, la prise de conscience des

déficiences se heurte régulièrement à l'anosognosie qui peut se doubler de déni. Le travail d'intégration des pertes se complique encore face à une récupération partielle spontanée que la rééducation va permettre de compléter. Les progrès constituent dès lors le lit d'un espoir, voire d'une illusion quant aux potentialités évolutives. Ainsi monsieur P, qui se déplace encore en fauteuil roulant, mais commence à marcher avec une canne tripode, effectue tranquillement une règle de trois pour connaître la date exacte de sa récupération complète. Sur ce chemin évolutif, les limites de la récupération spontanée et de la rééducation vont sans aucun doute redoubler, raviver violemment le vécu de perte. La période d'hospitalisation condense dès lors la confrontation aux limites et l'espoir d'une récupération toujours plus complète. Cette double polarité, ce paradoxe, complique largement le travail de deuil qui, au mieux, s'amorce avec la prise de conscience des difficultés et des potentialités. La sortie définitive de l'hôpital représente encore une autre étape dans le renoncement à ce que le sujet a été et ne sera plus, et constitue de ce fait un moment clé du travail de deuil.

LE TRAVAIL HOSPITALIER EN ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

Les lésions cérébrales graves et leurs conséquences introduisent les patients pour une longue durée (de plusieurs mois à parfois plus d'un an) dans l'univers hospitalier, univers particulier qui inscrit le patient dans une position passive (même si on lui demande d'être acteur dans sa rééducation) et les membres de l'équipe dans une position active de savoir, de maîtrise et de soin.
Le travail que le psychologue clinicien entreprend aux côtés des patients s'inscrit dans une dynamique qui se distingue d'emblée du travail des rééducateurs, car il n'est pas centré sur la réalité des troubles et de la rééducation. Il donne place aux représentations et aux affects, aux liaisons susceptibles d'être effectuées, aux angoisses réactivées, aux défenses mobilisées, plus globalement au fonctionnement psychique du sujet. Et alors même que le patient n'est que rarement à l'origine d'une demande de prise en charge, le clinicien ouvre à la possibilité de s'approprier cet espace : espace intime dévolu au travail psychique d'un sujet dont l'expérience subjective est par essence privée et singulière. Mais cet espace s'inscrit dans un cadre plus large dont il est partie intégrante : l'espace de soins.

L'espace de soins : un cadre singulier

La prise en charge, orchestrée par un médecin, a comme objectif la rééducation et-ou la compensation des déficits du patient. Elle met ainsi à contribution différents rééducateurs : ergothérapeutes, kinésithérapeutes, orthophonistes… en y associant les soignants. Tous, en s'engageant auprès de chaque patient, participent à la constitution d'une enveloppe de soins qui intègre encore médecins, assistante sociale, psychologues spécialisés en neuropsychologie et psychologue cliniciens
La prise en charge, ainsi définie, délimite un espace de soins aux contours fermes, tandis qu'à l'intérieur même de cet espace, la libre circulation de la parole peut abolir ou rendre poreuses les limites propres à chaque espace singulier.
En d'autres termes, chacun des soignants informe et est informé des soins, progrès, limites et, au-delà, des difficultés repérées comme psychologiques. Élément essentiel du travail d'équipe, le secret ainsi partagé constitue tout à la fois un filet de sécurité pour le patient, mais aussi, parfois, une entrave à son intimité.
Le travail du psychologue consiste dès lors à délimiter un cadre qui assure, dans toute la mesure du possible, la confidentialité, l'intimité du sujet et son statut de sujet. Mais, dans le même temps, le psychologue peut être pris dans le partage d'informations ; il se trouve alors doté (parfois enrichi, parfois encombré) d'un savoir qui ne lui est pas communiqué par le sujet lui-même et qui peut même apparaître en contradiction avec ce que verbalise le sujet. Le travail clinique auprès du patient n'en est rendu que plus délicat et ne pourra se déployer que dans une relation transférentielle singulière.
C'est encore dans cette relation que pourront s'élaborer les pertes auxquelles soignants et rééducateurs confrontent inévitablement le sujet. Ainsi l'exemple de monsieur C qui doit apprendre à écrire de la main gauche, ce qui suppose la reconnaissance d'une main droite qui ne sera plus jamais fonctionnelle. Le travail exigé en rééducation convoque itérativement la confrontation à l'épreuve de réalité. Le travail psychique, quant à lui, ouvre l'espace des représentations et des affects liés à la douloureuse reconnaissance, puis à la difficile acceptation des troubles et de leurs conséquences.

Le travail du psychologue consiste à délimiter un cadre qui assure la confidentialité, l'intimité du sujet et son statut de sujet.

L'espace de soins constitue encore un cadre singulier, car étrangement familier pour le patient. De fait, le temps d'hospitalisation transforme quelque peu l'hôpital en lieu de vie avec des repères temporels et spatiaux, mais aussi avec des soignants dont le visage, la fonction, voire la personnalité deviennent familiers pour le patient. Leur implication, à ses côtés, dans des activités de vie quotidienne dont →

→ certaines rappellent le monde de l'enfance, mais dont la réalisation demande au patient de se plier à des exercices codifiés et répétés, confère également à ce cadre son caractère étrangement familier. S'y retrouve enfin la référence aux imagos parentales dont certaines autorisent la régression tandis que d'autres exigent la combativité.

Mouvements transférentiels et contre-transférentiels

Le travail auprès de patients cérébro-lésés s'alimente nécessairement de mouvements transférentiels, contre-transférérentiels, individuels et groupaux.
La fragilité et la souffrance des uns, la force et le savoir présumés des autres, mobilisent immanquablement représentations et vécus inconscients liés aux premières relations objectales, pour le patient comme pour le soignant. De la qualité de ces premières relations dépendra, d'une part, la capacité du soignant d'entendre et de répondre d'une manière « *suffisamment bonne* » (Winnicott, 1956) aux besoins du patient et, d'autre part, la capacité du patient de faire confiance et de vivre comme bons les exercices qui lui sont proposés, les conseils qui lui sont prodigués.
La qualité des premières relations est particulièrement mobilisée lorsque les troubles neurologiques et cognitifs sont susceptibles d'inscrire les patients dans une situation de grande dépendance.
Cette grande dépendance n'est pas sans rappeler la dépendance vitale du bébé à son entourage et l'état de détresse premier dans lequel, en raison de cette dépendance même, les patients sont replongés. Mais, alors même que le tout-petit ne sait pas qu'il est dépendant, nos patients, eux, en ont une conscience extrêmement douloureuse. C'est, par exemple, le cas de madame D qui, dans les suites de son traumatisme crânien, est complètement dépendante des soignants face à ce corps qu'elle ne reconnaît plus, ce corps qui ne lui obéit plus et dont la sensibilité n'est que douloureuse ; mais elle est également dépendante sur le plan cognitif en raison de cet apragmatisme qui l'immobilise là où on l'a posée et, de surcroît, entraîne dans son sillage une pensée vide de contenus qui la submerge. Madame D appelle sans cesse le soignant, cet objet externe dont la fonction serait de combler toutes les failles, tous les manques internes. L'extrême dépendance transforme la moindre absence en abandon intolérable et le soignant en objet persécutant. Chacun devient dès lors persécuteur pour l'autre, le soignant pour le sujet souffrant, tout comme le sujet souffrant pour le soignant.

L'extrême dépendance transforme la moindre absence en abandon intolérable et le soignant en objet persécutant.

Cette position permet sans doute au patient de faire l'économie d'un corps et d'une pensée attaqués de l'intérieur, puisque l'attaque est désormais repérée comme extérieure. L'attaque n'en est pas moins extrêmement violente, voire déstructurante, tant pour le patient qui, dès lors, peut se vivre comme « un fardeau indésirable », que pour le soignant dont l'identité professionnelle peut, dans certains cas, vaciller.
À l'évidence, la dépendance, mais plus généralement les troubles neurologiques et cognitifs inscrivent le patient et le soignant dans des positions particulières, qu'ils le veuillent ou non.
C'est de manière plus inconsciente que consciente que les soignants vont adopter des positions diversifiées en résonance avec leur propre histoire et la relation qu'ils établissent avec chaque patient. Ainsi, les positions peuvent se décliner dans différentes modalités entre une sollicitude, qui, parfois, peut se révéler trop grande tant sont vécues comme intolérables les pertes subies par les patients, et une position d'omnipotence, que peut venir renforcer l'impuissance à guérir le patient. Le soignant peut encore s'inscrire dans des mouvements d'emprise face à un patient qui convoque étayage et soutien en raison de ses troubles dysexécutifs qui l'empêchent d'initier ou même de mener à son terme une nouvelle action. Et lorsque le patient n'est plus source de gratification ou devient opposant, le soignant peut aller jusqu'à adopter une attitude de rejet.
Ainsi, confrontés aux troubles neurologiques et cognitifs, patients et soignants peuvent être débordés par la massivité des représentations, engloutis dans des éprouvés ou des affects trop forts qui risquent d'entraver l'indispensable bonne distance dans la relation entre patient et soignant. Dans ce contexte institutionnel, le psychologue peut aider le soignant à mettre en mots ce qui se joue dans la relation et prévenir ainsi les risques de passage à l'acte. Le psychologue peut aussi faciliter l'élaboration des conflits pour éviter qu'ils ne se cristallisent ou il peut encore, dans une position de relais, être le passeur du ressenti et des mouvements psychiques de chacun.
Ainsi, monsieur J est adressé à la psychologue par son ergothérapeute, car il refuse de poursuivre sa rééducation et tient des propos sexuels crus à son égard. Invité à parler librement de son hospitalisation, il aborde immédiatement et de manière étonnante une humiliation subie plusieurs années plus tôt. Puis il évoque son image qu'il ne reconnaît plus dans le miroir, « *cette image qu'il renvoie et qui n'est plus à la hauteur* », comme le prouve le travail de « *bagnard* »

effectué en ergothérapie où il doit « *casser des cailloux pour les recoller en devinant ce qu'elle veut* », son ergothérapeute lui faisant remarquer qu'il ne les colle jamais au bon endroit. Pour son ergothérapeute, il s'agit de réaliser une mosaïque en taillant des pièces, puis en les assemblant de proche en proche en respectant le modèle, activité qui doit permettre à monsieur J d'organiser sa production tout en travaillant avec son bras droit qu'il sous-utilise. Outre la souffrance actuelle qui entre en résonance avec une souffrance ancienne, la blessure narcissique que renforce une pensée troublée éclaire de manière particulière le refus de poursuivre la rééducation et le besoin de réduire l'autre au statut d'objet sexuel. Après cet entretien, monsieur J qui refuse de rencontrer seul son ergothérapeute, accepte néanmoins d'être accompagné par la clinicienne afin que cette dernière l'aide à verbaliser la souffrance liée à cette situation.

L'hôpital de jour de réadaptation : une autre modalité du travail clinique en MPR

Différents temps scandent l'histoire médicale du patient entre l'hospitalisation à temps plein, les premières permissions, le passage en rééducation (qui associe pour certains un suivi psychothérapeutique individuel) et l'hôpital de jour (HDJ) de réadaptation qui propose un programme original associant rééducation et réadaptation afin d'améliorer « *la participation* » (Poncet *et al.*, 2011, 2012) du patient à son domicile et à l'extérieur.
Cette prise en charge spécifique qui comprend différentes activités (cuisine, sport, expression, relaxation, sorties…) se déroule sur sept semaines et concerne trois ou quatre patients qui, généralement, vivent depuis quelques mois à leur domicile mais avec difficulté.
L'HDJ, en privilégiant les activités de groupe, met alors au travail la multiplicité, la diversité des relations, tout à la fois susceptibles de diluer et de compliquer les mouvements transféro-contre-transférentiels.
Outre les activités à visée réadaptative, l'HDJ offre encore aux patients un espace et un temps de parole conduit par la clinicienne. Ce groupe sollicite le partage et l'écoute de la parole, l'identification à l'autre et la prise de distance. Il appelle la mise en mots et convoque dès lors un important travail de pensée dans sa forme et dans son contenu. Ce travail de la pensée apparaît d'autant plus complexe qu'il sollicite, outre le choix de déployer ou d'inhiber sa pensée dans une adresse au groupe, un regard critique sur sa propre production.
Cet espace de parole se définit aussi au fil des séances par ce que le sujet peut attendre, trouver et s'approprier de l'HDJ ; il ouvre ainsi à la subjectivité dans un nouveau cadre clinique qui s'offre comme inscription dans une temporalité où se déploient verbalisation d'attentes, découvertes multiples et notamment de ses propres affects et ouvertures possibles à l'expression de son propre désir.
Simultanément, le groupe de parole permet à la clinicienne d'apprécier la qualité des relations mises en place et de réfléchir, avec les patients, à d'éventuels comportements agis alors même qu'ils n'apparaissent pas et ne sont pas abordés dans le cadre du travail individuel.

CONCLUSION

Ainsi, en service de MPR, le clinicien doit-il naviguer entre les troubles neurologiques et la souffrance psychique de son patient. Il doit l'accompagner dans une traversée pour lui permettre d'atteindre une rive où il ne sera plus seulement question de survivre mais de vivre. C'est sans doute au-delà des différents temps qui scandent l'histoire médicale du patient, par la permanence de son propre cadre psychique, que le clinicien permet à son patient de penser / panser l'effraction liée à la survenue de l'accident neurologique, d'élaborer les pertes qui s'ensuivent et, au-delà de la restauration identitaire et narcissique, trouver une voie nouvelle où désir et plaisir pourront de nouveau se conjuguer.



Nathalie Van Landeghem
Psychologue clinicienne

Singularité du cadre et psychologue en libéral

Qui demande et qui entendre lorsque l'on reçoit des patients cérébro-lésés en pratique libérale ? Contrairement au cadre thérapeutique habituel, il faut se rendre sensible au processus. Comment pallier les défaillances cognitives sans pour autant perdre de vue le nécessaire travail de remaillage et de réappropriation de soi que le patient aura à accomplir ? Comment lui permettre de retrouver cohérence et unité quand une partie de son être est bouleversée ?

Recevoir des patients cérébro-lésés en cabinet libéral peut d'emblée être considéré comme une gageure : oublis de rendez-vous en raison des troubles mnésiques, peu d'élaboration ou de possibilité de verbalisation liée aux troubles du cours de la pensée et de la parole (aphasie), peu de conscience de sa situation en référence à l'anosognosie… Autant d'attaques possibles de la situation psychothérapique, et pourtant… L'accueil de cette patientèle ne se fait donc pas sans quelque aménagement du cadre et de la technique.

QUI DEMANDE ET QUI ENTENDRE ?

Tout d'abord, la demande émane le plus souvent d'un tiers, institutionnel ou familial. De quelle demande s'agit-il et à quelle demande devons-nous répondre ? Celle d'une famille ou d'un conjoint épuisé, excédé, meurtri ? Et quelle place allons-nous lui donner dans le processus psychothérapique ? Souvent, le premier travail consiste à resituer le patient en tant qu'interlocuteur dans ce dispositif et à lui redonner la parole, sans pour autant négliger son entourage.
Le traumatisme, l'accident, est une onde de choc qui frappe et se répand dans plusieurs cercles concentriques autour du blessé. Il nous faut en tenir compte. C'est d'ailleurs la source de nombreux décalages entre les patients et leur entourage, chacun ne vivant pas la même chose au même moment. Quand leurs proches s'interrogent sur le pronostic vital, ils sont plongés le plus souvent dans un coma qui les coupe de toute cette scène traumatique, à laquelle ils auront difficilement accès en raison de l'amnésie post-traumatique. À la phase de réveil, le chemin commence pour eux là où, quelque part, il s'arrête pour leur famille, leurs proches, puisqu'ils sont vivants et parfois sans lourdes séquelles visibles.
Souvent, rien n'est visible, et pourtant rien n'est « *comme avant* ». « *Avant* », temps présenté comme un âge d'or. Ainsi, ce qui était en souffrance était toutefois contenu dans un relatif équilibre. Il est difficile de généraliser tant les situations de vie, les conditions et les circonstances de l'accident sont dissemblables, mais des drames familiaux peuvent se rejouer là, dans une certaine symbolique. Ou bien, avec la levée de certains freins (désinhibition), ce qui évoluait à bas bruit devient bruyant, gênant. « *Il est devenu la caricature de lui-même* » est une phrase que nous avons si souvent entendue de la part des proches.
Dans d'autres situations, la famille, l'entourage, pensent qu'il n'est plus possible de lui redonner la parole ou qu'il-elle ne peut entendre ce qui est dit à son sujet ou qu'il-elle ne peut plus être responsable de ses actes. La violence, l'incompréhension et l'isolement qui se forment alors progressivement autour d'eux rendent chacun des acteurs vulnérable.
Il est vrai que, dans les suites immédiates de l'accident, les soins importants et les manquements bousculent les rôles et les statuts : infantilisation, mise à l'écart, discrédit. « *Je lui dois tout. Elle me le fait sentir* », disait un patient à propos de sa compagne. De même, il est difficile de penser que l'évolution des personnes cérébro-lésées se fait sur de longues années. Mais, au fil du temps, on oublie ce dont il-elle pouvait être

de la technique du

capable, et les proches ne perçoivent pas toujours les progrès, les avancées sur la vie, tant ils sont imperceptibles à l'aune du quotidien : « *Je suis un apprenti de la vie, il faut tout recommencer.* » Le regard tiers posé est alors essentiel.

LE CADRE ET LA POSITION DU THÉRAPEUTE

Le cadre n'est pas toujours aisé à poser : les horaires, la durée des rendez-vous, sont mis à mal par le ralentissement ou la logorrhée. Le fil du discours et la continuité du travail sont perturbés par les troubles mnésiques souvent invalidants. Des outils peuvent venir suppléer, comme la prise de notes ou encore le rappel des moments clés de la séance.

Mais c'est aussi la position du thérapeute qui va différer, sans doute moins distanciée, au moins au début, afin de permettre au patient de faire siens les ressorts du travail psychothérapique et de l'introspection. Certains d'entre eux n'auraient sans doute jamais franchi les portes de nos cabinets sans cet accident de vie. Ils nous le disent dans l'après-coup, comme dans cette formule si évocatrice : « *Je retrouve ma tête avec une fenêtre ouverte.* »

Ce travail peut et doit être soutenu par une rééducation cognitive faite en parallèle. Il faut souligner ici l'importance d'une réadaptation pluridisciplinaire pour aborder toutes les facettes de cette pathologie complexe et aux confins de nombreuses disciplines. Cela nécessite également de la part du thérapeute une base de connaissances neuropsychologiques en toile de fond. Mais cette connaissance ne doit pas pour autant nous figer dans des incapacités. En effet, la plupart des documents médicaux nous donnent à penser les séquelles et fort peu les potentialités, les compétences préservées. Dans le processus psychothérapique, rien n'est gagné, tout reste ouvert. « *Ce qui embellit le désert, c'est qu'il cache un puits quelque part* », nous dit le Petit Prince de Saint-Exupéry.

Ce travail peut et doit être soutenu par une rééducation cognitive faite en parallèle.

En effet, chaque être est toujours en devenir aussi démuni soit-il dans ses moyens de communication. Cet apprentissage se fait à deux. C'est un chemin à parcourir pour se rencontrer là où chaque patient se trouve, un chemin souvent escarpé dans la montagne, avec des moments de doute, d'immobilité, d'inconfort, de non-sens, de trouble et d'étrangeté. Le rôle de la supervision est ici essentiel. Il permet de faire réémerger l'infiniment petit, les mouvements psychiques parfois à peine perceptibles. Plus encore que dans les psychothérapies plus traditionnelles, il nous faut penser les processus, la façon dont il faut parfois pallier les défaillances cognitives, sans pour autant usurper notre place.

LE PROCESSUS PSYCHOTHÉRAPIQUE ET SES SPÉCIFICITÉS

Comme l'énonce Siri Husvedt (2010) dans un livre analysant son problème neurologique, « *le diagnostic a pour tâche de distinguer la maladie de la personne* ». Effectivement, le patient et sa famille arrivent avec un diagnostic posé et des séquelles cataloguées dans un bilan neuropsychologique qui ne leur appartient pas. Ils viennent chercher du sens, renouer avec soi, une place, sa place.

La lésion cérébrale côtoie souvent des histoires de drame, de vies brisées, parfois une clinique de l'extrême : accidents ou événements de vie violents, suicides manqués, un corps qui lâche dans un accident vasculaire cérébral, une rencontre avec son inconscient, mais aussi avec l'inconscient de l'autre qui a croisé sa trajectoire, comme le soulignent très justement Joseph Gazengel et José Morel Cinq-Mars (2007). Ce sont donc souvent des histoires de vie brisée, des idéaux malmenés, des lignes de vie qui deviennent des lignes de faille. Le travail de psychothérapie va être le témoin de ce long remaillage de la béance laissée par le traumatisme. Il s'agit alors d'un travail de réappropriation de soi, de ses potentialités, de son désordre interne, mais aussi de →

renouer avec l'étrange, l'étranger, voire l'étrangeté et de reprendre le fil de soi qui s'est dénoué ou plutôt distendu. En effet, on parle souvent de « personnalité antérieure » ou de « rupture du sentiment continu d'exister ».
L'identité est un concept complexe et multifactoriel, comme a pu le décrire Pierre Tap (1998), constitué du sentiment de continuité de soi, d'approbation et de reconnaissance, d'appropriation (ou de propriété) et d'unité et de cohérence. Toutes ces dimensions sont bousculées avec la lésion cérébrale : comment garder le fil entre hier et aujourd'hui ? Comment se reconnaître soi quand il y a tant de changements ? Comment se faire reconnaître et retrouver une dimension sociale quand tout vous dévalue ? Comment retrouver cohérence et unité quand une partie de ses comportements échappe ?
L'enjeu est précisément ce travail de remémoration, de reprise de cohérence de ces fils disjoints et d'essayer de les tisser à nouveau dans le sens de la vie. « *Je veux retrouver ma continuité d'existence. Ce trou, ce manque, c'est inquiétant* », nous disait un patient.
Comprendre et être compris est souvent l'un des premiers enjeux. En effet, la méconnaissance des troubles et de leurs conséquences est une source d'incompréhension, de quiproquos, de souffrance, le plus souvent solitaire, chacun étant retranché dans ce que le traumatisme a séparé. Les troubles du comportement sont au premier plan. Mais de quoi ce comportement est-il le reflet ? Comment ce comportement décrit comme déviant, agressif, inadapté, vient-il attaquer la relation mais aussi la provoquer ? Chaque comportement a une dimension adaptative. Or, nous pouvons penser que ce qui est qualifié de « troubles du comportement » est souvent lié aux ressentis internes de la personne cérébro-lésée, qui n'est d'ailleurs pas toujours en mesure d'expliquer ce qu'elle vit ou ressent. C'est particulièrement vrai en ce qui concerne la gestion et la reconnaissance des émotions, tant pour eux-mêmes que pour autrui. Leurs émotions sont, en effet, souvent labiles et, du même coup, moins facilement contrôlables. Ils vivent dans une hypersensibilité ou, au contraire, dans une apparente indifférence affective. Un autre enjeu de la thérapie est de favoriser ce travail de liaison en se réappropriant les représentations liées à ces affects ou de les faire réémerger. Une façon de penser / panser ses maux à travers la parole de l'autre, pouvoir évoquer, partager. En effet, la particularité de ce handicap est de s'insinuer dans les processus cognitifs de la pensée, le plus souvent de façon subtile et durablement : « *Je lutte tout le temps pour faire comme si mon traumatisme crânien c'était rien. J'ai honte qu'on se rende compte que je ne fonctionne pas comme avant.* »
« *On est seul* », « *On meurt deux fois* », c'est-à-dire, pour ce patient, une fois pour soi, une fois pour les autres, le tissu social. Il poursuit : « *Je suis reparti dans ma bulle, sinon j'aurais été agressif. Je ne veux pas embêter les autres avec mes séquelles.* » Ces quelques bribes de séances en disent long sur l'incapacité de dire, de partager, d'être compréhensible pour autrui. Elles soulignent également la frustration, le découragement face aux efforts continus pour ne pas vivre ce décalage avec les autres : « *Je suis sur la réserve, je vis en économie d'énergie.* » La peur du jugement de l'autre, le doute permanent – « *Est-ce que je suis juste ?* » ; « *Le regard des autres est terrorisant* » – est une angoisse souvent présente.
Est-ce pour cela que beaucoup de nos patients sont dans la captation du regard ?

> ***Permettre de diminuer peu à peu l'impact psychologique de leur handicap dans un regard partagé et bienveillant.***

Nous recevons régulièrement à distance des personnes qui ont bien progressé au niveau cognitif, mais qui se sont finalement installés dans cette bulle où il est tellement difficile de communiquer. Y avoir tout à coup accès peut engendrer de grands moments d'émotions, intenses, déstabilisants. Pouvoir enfin les exprimer entraîne la possibilité de lier ces affects sans représentations. Il est alors possible de les verbaliser, de les partager enfin et de symboliser le « *non-approprié de l'histoire* », cher à René Roussillon. « *Je me suis senti incroyablement vivant* », nous rapportait un patient, avec tout ce que cela peut avoir de déroutant, mais aussi de prodigieux.
C'est bien l'enjeu majeur de l'accompagnement de ces patients que de réinsuffler de la vie, du désir dans des parcours rendus arides par des bouleversements fondamentaux avec lesquels ils devront apprendre à cheminer à nouveau, et de leur permettre de diminuer peu à peu l'impact psychologique de leur handicap dans un regard partagé et bienveillant. Je remercie ici tous les patients qui nous ont fait confiance pour s'aventurer sur ce chemin, et dont les propos soutiennent ce texte.
Je remercie ici tous les patients qui nous ont fait confiance pour s'aventurer sur ce chemin, et dont les propos soutiennent ce texte.

Bibliographie

Azouvi P. (sous la direction de), 2007, *Prise en charge des traumatisés crânio-encéphaliques,* Issy-les-Moulineaux, Masson.

Azouvi P., Vallat-Azouvi C., Belmont A., 2009, **« Cognitive Deficits After Traumatic Coma »,** *Prog. Brain Res., 177 :* 89-110.

Bayen E., Pradat-Diehl P., Jourdan C., Ghout I., Bosserelle V., Azerad S. *et al.*, 2012, **« Predictors of Informal Care One Year After a Severe Traumatic Brain Injury : Results from Paris-TBI Study »,** *Journ. Head Trauma Rehabilitation, 9.*

Boucand M.-H., 2009, *Dire la maladie et le handicap,* Paris, Vuibert.

Chevignard M., Taillefer C., Picq C., Poncet F., Noulhiane M., Pradat-Diehl P., 2008, **« Ecological Assessment of the Dysexecutive Syndrome Using Execution of a Cooking Task »,** *Neuropsychological Rehabilitation, 18 : 461-485.*

Clervoy P., 2007, *Le Syndrome de Lazare. Traumatisme psychique et destinée,* Paris, Albin Michel.

Cohadon F., 2000, *Sortir du coma,* Paris, Odile Jacob.

Cohadon F., 2008, *Les Traumatisés crâniens. De l'accident à la réinsertion,* Paris, Arnette Blackwell.

CRAM Rhône-Alpes (coordonné par), **« Lésions cérébrales - regards croisés » « Réanimation : quelle(s) place(s)pour les familles »,** *Les Cahiers du Réseau (REIRPR), 20.*

Cuvillier I., 2007, *Le Pouvoir de la voix dans la réadaptation des traumatisés crâniens,* Parempuyre, Éditions du Non Verbal.

Destaillats J.-M. et coll., 2011, **« Handicap et distorsion du lien »,** *in* **« Handicap et famille : approche neurosystémique et lésions cérébrales »,** *Rencontres en rééducation, 27.*

Dolto F., 1984, *L'Image inconsciente du corps,* Paris, Points, 2000.

Fotopoulou A., Rudd A., Holmes P., Kopelman M., 2009, **« Self-Observation Reinstates Motor Awareness in Anosognosia for Hemiplegia »,** *Neuropsychologia, 47 (5) :* 1256-1260.

Freud S., 1918, *Essais de psychanalyse appliquée,* Paris, Payot, 1987.

Grosclaude M., 1988, **« Réanimation, identité et trauma »,** *Psychologie médicale, 20 (4) :* 563-566.

Guillerault G., 1996, *Les Deux Corps du moi. Schéma corporel et image du corps en psychanalyse,* Paris Gallimard.

Husvedt S., 2010, *La Femme qui tremble,* Arles, Actes Sud.

Javouhey E., Guérin A. C., Chiron M., 2006, **« Incidence and Risk Factors of Severe Traumatic Brain Injury Resulting from Roads Accidents : a Population-Based Study »,** *Accid. Anal. Prev., 38 (2) :* 225-233.

Jourdan C., Bayen E., Bosserelle V., Azerad S., Genet F., Fermanian C. *et al.*, 2012, **« Referral to Rehabilitation after Traumatic Brain Injury : Results from the Paris-TBI Study »,** *Neurorehabilitation and Neural Repair, 28.*

Kaplan-Solms K., Solms M., 2000, *Clinical Studies in Neuropsychoanalysis,* New York, Karnak Books Édition.

Klonoff P. S., 2010, **« Psychotherapy after Brain Injury. Principles and Technique »,** New York, Guilford Press.

Lacan J., 1953-1954, *Le Séminaire i. Les écrits techniques de Freud,* Paris, Le Seuil.

Lacan J., 1966, **« Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je »,** *in Écrits,* Paris, Le Seuil.

Lacan J., 1966, **« L'agressivité en psychanalyse »,** *in Écrits,* Paris, Le Seuil.

Leclercq M., 2007, *Le Traumatisme crânien. Guide à l'usage des proches,* Marseille, Éditions Solal.

Maddux B., 2007, **« Le traumatisé crânien au pays des psys : un malentendu sur un mal à entendre »,** *Résurgences, 36.*

Marty F. (sous la direction de), 2007, *Le Psychologue à l'hôpital,* Paris, In Press.

Mazaux J.-M., Destaillats J.-M., Bellio C., Pélissier J. (sous la direction de), 2011, *Handicap et famille. Approche neurosystémique et lésions cérébrales,* Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson.

Morel Cinq Mars J., Gazengel J., 1997, **« Sur la scène du traumatisme crânien : des effets du recours à la psychanalyse »,** *Champ psychosomatique, 38 (10) :* 55-68.

Morin C., Thibierge S., Bruguière P., Pradat-Diehl P., Mazevet D., 2005, **« Somatoparaphrenia in Women with Right Hemisphere Syndrome : a Psychoanalytical Perspective on Neurological Body Knowledge Disorders »,** *Neuropsychoanalysis, 7* : 171-184.

Morin C. (coordonné par), 2009, ***Le Retour à domicile après un accident vasculaire cérébral. Guide pour le patient et sa famille,*** Paris, John Libbey Eurotext.

Oppenheim-Gluckman H., 1995, ***Mémoire de l'absence. Clinique psychanalytique des réveils de coma,*** Issy-les-Moulineaux, Masson.

Oppenheim-Gluckman H., Marioni G., Virole B., Aescbascher M.-T., Canny-Verrier F., 2003, **« Vécu des enfants dont l'un des parents est cérébro-lésé. Étude préliminaire »,** *Ann. de réadapt. et de médecine physique, 46* : 525-538.

Oppenheim-Gluckman H., Marioni G., Virole B., Aescbascher M.-T., Canny-Verrier F., 2003, **« Le dessin de la famille chez les enfants dont l'un des parents est cérébro-lésé »,** *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 51* : 47-256.

Oppenheim-Gluckman H., Marioni G., Chambry J., Aescbascher M.-T., Graindorge C., 2005, **« Le dessin de la famille chez l'adolescent avec un parent cérébro-lésé. Étude préliminaire »,** *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 53* : 254-262.

Oppenheim-Gluckman H., Marioni G., Chambry J., Aescbascher M.-T., Graindorge C., 2005, **« Vécu des adolescents dont l'un des parents est cérébro-lésé. Étude préliminaire »,** *Ann. de réadapt. et de médecine physique, 49* : 650-661.

Oppenheim-Gluckman H., 2000, ***La Pensée naufragée. Clinique psychopathologique des patients cérébro-lésés,*** Paris, Anthropos, 2006.

Oppenheim-Gluckman H. (sous la direction de), 2007, ***Vivre avec un traumatisé crânien. Guide à l'usage des familles et des proches,*** Paris, Éditions Ctnerhi-Crftc.

Oppenheim-Gluckman H., Chambry J., Loisel Y., Jousselme C., Weiss J.-J., Falissard B., 2009, **« How Physicians Caring for Adult Patients Presenting a Chronic Mental Disturbance Take Account of the Difficulties their Patients' Children under 18 : Preliminary Study »,** *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine, 52 (9)* : 623-637.

Oppenheim-Gluckman H., Loisel Y., Chambry J., Weiss J.-J., Falissard B., 2009, **« Comment les psychiatres de patients adultes avec des troubles psychiques prennent en compte les difficultés de leurs enfants mineurs : étude préliminaire »,** *L'Information psychiatrique, 85 (10).*

Ouss L., Golse B., Georgieff N., Widlöcher D., 2009, ***Vers une neuropsychanalyse ?,*** Paris, Odile Jacob.

Ouss L., 2010, **« Psychothérapie chez les patients porteurs de lésions cérébrales : une approche intégrative basée sur une double lecture psychodynamique et neuropsychologique »,** *Psychol. NeuroPsychiatrie Vieil., 8 (4)* : 263-275.

Peretti C. (de), Grimaud O., Tuppin P., Chin F., Woimant F., 2012, **« Prévalence des accidents vasculaires cérébraux et de leurs séquelles et impact sur les activités de la vie quotidienne : apports des enquêtes déclaratives Handicap santé ménages et Handicap santé institution, 2008-2009 »,** *Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 1,* 10 janvier 2012.

Pheulpin M. C., 2010, **« Psichosomatik hastalarla yapilan klinik görüsme »,** *in* Ikiz T. (sous la direction de), *Psikanalitik yönelimli klinik görüsmeler* (tr. fr. *L'Entretien clinique à l'hôpital*), Istanbul, Baglam Yayincilik, pp. 68-75.

Pheulpin M. C., Bruguière P., Benfredj-Coudounari K., 2011, **« Les épreuves projectives, creuset de réorganisation psychique ? Quand la clinique du traumatisme crânien léger questionne le traumatisme psychique »,** *in Psychologie clinique et projective, 17* : 221-250.

Piolino P., Desgranges B., Eustache F., 2000, ***La Mémoire autobiographique : théorie et pratique,*** Marseille, Solal.

Poncet F., Aligon D., 2007, **« L'hôpital de jour : premiers pas vers une socialisation »,** *in* Quatrième journée d'ergothérapie de Garches : « De l'hôpital au lieu de vie : l'ergothérapeute dans le processus de réinsertion sociale, scolaire et professionnelle », *Actes des journées d'ergothérapie de Garches,* Garches, Arfegha Editor. http://arfehga.free.fr/fichiers/Actes_4eme_journee_ergo_Garches_janvier2007.pdf

Poncet F., Taillefer C., Migeot H., Swaine B., Pradat-Diehl P., 2011, **« Évaluation de l'activité "préparation des repas" pour des personnes cérébro-lésées bénéficiant d'un programme de réadaptation »,** *in* Trouvé E. *et al., Recherche en ergothérapie : pour une dynamique des pratiques,* Paris, Solal, pp. 357-366.

Poncet F., Swaine B., Pradat-Diehl P., 2012, **« Effet d'un programme d'hôpital de jour de réadaptation pour patients cérébro-lésés »,** *Revue neurologique, 168* A1-A5.

Pradat-Diehl P., Joseph P. A, Beuret-Blanquart F., Luauté J., Tasseau F., Remy-Neris O., Azouvi P., Sengler J., Yelnik A., Mazaux J.-M., sous presse, **« Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) Care Pathways : Severe Brain Injured Adults »,** *Annals of Physical Medicine and Rehabilitation.*

Roussillon R., 2008, ***Le Transitionnel, le sexuel et la réflexivité,*** Paris, Odile Jacob.

Scelles R., 1997, ***Fratrie et handicap. L'influence du handicap d'une personne sur ses frères et sœurs,*** Paris, L'Harmattan.

Tap P., 1998, ***Estime de soi. Perspectives développementales,*** Neuchâtel, Delachaux et Niestlé.

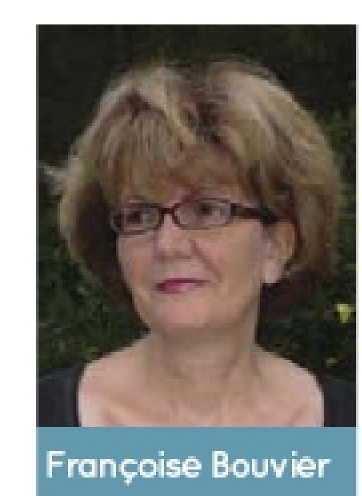
Thibierge S., 2007, ***La Clinique de l'identité,*** Paris, PUF.

Vallat-Azouvi C., Pradat-Diehl P., Azouvi P., 2009, **« Rehabilitation of the Central Executive of Working Memory after Severe Traumatic Brain Injury : Two Single-Case Studies »,** *Brain Inj., 23 (6) :* 585-594.

Winnicott D. W., 1956, **« La préoccupation maternelle primaire »,** *De la pédiatrie à la psychanalyse,* Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1969.

2010, **« Vivre avec un traumatisme crânien. Paroles de blessés ; paroles de familles »,** livre de témoignages édité par l'UNAFTC.

Avortement, contraception et statut de l'embryon



Françoise Bouvier
Docteur en droit
Maître de conférences en droit privé à l'université de Franche-Comté

L'historique de la lente conquête, par les femmes tout au long du XXe siècle, de la maîtrise de la procréation amène à s'interroger sur la constance du volume des avortements dans le contexte d'une société démocratique et permissive en matière de mœurs. Cette vaste réflexion croise le débat sur le statut de l'embryon et sur les droits des couples à contourner, si nécessaire, l'obstacle de l'infertilité, grâce à la possibilité reconnue aujourd'hui de la procréation médicalement assistée.

L'avortement, qui est un enjeu politique, économique, culturel, religieux, psychanalytique, suscite des débats passionnés, sans cesse émaillés de procédures judiciaires, et reste, aujourd'hui encore, un sujet d'actualité [1]. Le réalisateur roumain, Cristian Mungiu, obtient en 2007 la Palme d'or au Festival de Cannes pour son film *4 mois, 3 semaines et 2 jours*. La presse française titre à ce propos : « L'avortement plein cadre ». Le dissident chinois, Chen Guangcheng, émigre aux États-Unis le 19 mai 2012 après s'être battu contre les stérilisations et les avortements forcés. La Bulgarie, confrontée à une chute démographique telle que l'avenir du pays pose question, envisage d'interdire l'avortement. En France, le rapport Poletti sur la contraception des mineures a été publié le 17 mai 2011, et les déclarations et promesses politiques se multiplient en faveur d'une contraception gratuite pour les mineures.

Ce sont essentiellement les progrès scientifiques qui ont permis la libération des femmes. L'accroissement des rendements de l'agriculture qui ont mis fin aux famines, les découvertes médicales qui ont résolu les épidémies les plus meurtrières et, surtout, les avancées des chercheurs dans le domaine de la reproduction ont donné aux femmes non seulement le contrôle *a priori* de la fécondation, mais, de surcroît, la faculté de la revendiquer lorsque le processus naturel était défaillant.

Note

1. Bouvier F., 2012, *Maternités et libertés*, Paris, L'Harmattan.

PRÉVENTION DE L'IVG : LA CONTRACEPTION

Le contrôle des naissances n'a acquis fiabilité et efficacité qu'au bout d'un long chemin. Les contraceptifs et obturateurs féminins existent certes depuis l'Antiquité, mais, en 1920, la propagande anticonceptionnelle reste sévèrement réprimée par la loi, faisant de l'avortement le moyen de contraception ultime. Toutefois, à partir de 1967, la loi Neuwirth autorise la diffusion de contraceptifs oraux, amorçant ainsi une politique de prévention des interruptions volontaires de grossesse (IVG). La commercialisation de la pilule se heurte à une vive résistance, et ce n'est qu'à partir de 2001 que sont multipliés les lieux d'information et de délivrance de la contraception. Les conditions d'accès à la contraception sont alors facilitées (les mineures n'ont plus besoin d'autorisation parentale) et l'offre contraceptive est élargie : la stérilisation volontaire, qui a été légalisée, permet aux hommes de participer volontairement au contrôle des naissances.

L'évolution qui s'est produite a un impact certain sur le pouvoir reconnu au médecin. Ce dernier, qui a déjà perdu la maîtrise de l'indication pour l'IVG, perd, de surcroît, le pouvoir de prescription pour la contraception : les sages-femmes, les infirmiers, les pharmaciens, peuvent d'ailleurs aujourd'hui, au même titre que les médecins, délivrer le contraceptif demandé. Simone Veil a qualifié la contraception de « *révolution de l'histoire de la maternité* ».

Aujourd'hui, un nouveau combat se profile : réserver aux mineures un accès gratuit à la contraception pour faire diminuer le nombre d'IVG les concernant, qui est en constante augmentation. On aurait pourtant pu croire que les

progrès enregistrés tant en ce qui concerne l'efficacité que la diffusion de la contraception auraient pour conséquence une marginalisation de l'avortement : il n'en a rien été.

L'AVORTEMENT : LA CONSTANCE DES CHIFFRES

En effet, en dépit des progrès enregistrés dans le domaine de la contraception, on ne peut que constater que, depuis 1975, date à partir de laquelle on dispose de statistiques officielles, le nombre d'avortements est resté constant chaque année : aux alentours de deux cent mille, un chiffre proche des estimations avancées, il y a quarante ans, avant 1975. Et la progression de l'utilisation des contraceptifs aurait dû s'accompagner d'une baisse des avortements. Or, certaines femmes reviennent cinq fois, six fois, sept fois pour avorter. Et il arrive même qu'une femme qui a suivi le difficile parcours d'une fécondation *in vitro* recoure à l'avortement. Comment expliquer ce fait de société ? Le sacre de la dissociation entre vie sexuelle et procréation ? Un début de vie sexuelle plus précoce, une scolarité prolongée qui diffère l'engagement dans la maternité, l'accès difficile à la contraception quand on habite loin d'un centre urbain, le coût des contraceptifs, d'où « l'attrait » pour l'avortement gratuit comme moyen de planification familiale, ou alors une information encore insuffisante sur les moyens de contraception ? Une difficulté à s'autodiscipliner pour une prise de médicaments régulière dans un monde moins rigoureux et plus laxiste ? Une violence auto-infligée, notamment chez les adolescentes, ou une revendication affective qui n'est pas satisfaite par le milieu familial et qui fragilise la jeune mineure à l'excès ? Il faut ajouter à ces hypothèses la liste des raisons dicibles que livrent les femmes au cours des entretiens quand ceux-ci ont lieu : trop jeune, trop âgée, pas le bon compagnon, pas le bon moment dans une existence où tout est programmé… ou encore l'absence de projet d'enfant, la femme voulant exclusivement s'assurer qu'elle peut être enceinte, mais ne souhaitant pas donner la vie, le respect d'une culture ancestrale qui n'accepte pas que la femme arrive au mariage après avoir eu des relations sexuelles et qui la « rattrape » au moment du mariage et la fait basculer du côté de sa culture d'origine alors qu'elle a vécu jusqu'alors « à la française ». L'IVG, une liberté absolue, l'affirmation par la femme de sa toute-puissance, de son droit de vie et de mort qui est aussi une autolyse, puisque, en décidant d'avorter, la femme porte le fer autant contre elle que contre l'enfant ? Ou bien l'expression d'une souffrance dont l'IVG n'est que la catharsis ? Ou tout simplement une banalisation de l'avortement ? L'avortement médicamenteux aurait pu y contribuer : une simple prise de comprimés prescrite en ambulatoire par un médecin de ville suffit. De même, la facilitation de l'IVG pour les mineures qui n'ont plus besoin de l'accord des parents pour recourir à une interruption de grossesse, mais qui sont simplement obligées d'être accompagnées par un adulte référent de leur choix, pourrait le laisser penser.

Pourtant, dès 1975, le législateur a tenté, à tout prix, d'éviter cette banalisation, faisant en sorte que les femmes n'utilisent pas l'IVG comme un contraceptif de substitution : pour cela, parallèlement à la dépénalisation de l'IVG, le législateur a pris soin de développer la contraception. Des problèmes sanitaires majeurs, tels que le sida, l'y ont aidé.

Quelles qu'en soient les raisons, cette constance apporte une quadruple démonstration. Évoquer une banalisation est par trop simpliste, car le rapport de la femme à la maternité n'est pas univoque mais équivoque : il existe chez des femmes un rapport ambigu à la maternité. C'est la raison pour laquelle ni les hommes ni l'Église ne sont parvenus à le gérer. À une époque où l'avortement était interdit, sévèrement réprimé, et donc certainement pas banalisé, il existait néanmoins et faisait courir à la femme un risque mortel. La répression est donc, on le voit bien, totalement inutile : elle n'a jamais fait preuve de son efficacité en obtenant une réduction du nombre des avortements ; elle est surtout dangereuse, car, en rejetant les femmes dans la clandestinité, elle les expose à des risques sanitaires majeurs ; elle est socialement nocive, créant une fracture entre les femmes en capacité de s'offrir un voyage à l'étranger pour avorter en toute sécurité et les femmes captives livrées aux officines glauques et aux aiguilles à tricoter.

UNE HISTOIRE SANGLANTE

La répression de l'avortement a suivi un chemin chaotique. Pendant près de vingt siècles, l'avortement a été sévèrement et même sauvagement réprimé. En effet, après l'époque romaine relativement tolérante, l'Église, qui a conquis la Gaule à partir du IIIe siècle et y a fait régner ses principes jusqu'à l'avènement d'un pouvoir royal fort, s'est voulue force de cohésion sociale. Elle a pour cela privilégié le collectif et réduit l'individuel. Confronté aux épidémies meurtrières, aux invasions, aux croisades, aux guerres de religion, de cent ans, de trente ans, aux famines, à une mortalité infantile effroyable, le pays avait besoin, pour assurer la perpétuation de l'espèce, de naissances nombreuses. Et la femme était sommée de s'inscrire dans ce destin collectif. Les sanctions étaient terribles : l'avortement, considéré comme un crime, était puni de la peine de mort, souvent précédée d'actes de torture. La cause officielle de cette répression résidait dans le fait que l'enfant avait été privé du baptême et de sépulture chrétienne, et qu'il était en conséquence spolié de la vie éternelle. Toutefois, la répression n'était pas uniforme : elle faisait souvent la distinction entre la part animée et celle qui ne l'était pas. L'enfant était considéré comme →



une part animée, c'est-à-dire doté d'une âme à partir de quarante, soixante, quatre-vingt dix jours selon le droit applicable. Les femmes mouraient en voulant éviter une grossesse, en accouchant, en avortant ou en étant seulement soupçonnées d'avortement.

La répression a donc d'abord été portée par le pouvoir spirituel, puis ce dernier a été relayé par le pouvoir temporel. Des rois, comme Henri II, qui avaient besoin de l'onction de l'Église pour asseoir leur pouvoir sur leurs sujets, n'ont pas hésité à forcer le trait de la répression : l'édit d'Henri II de 1556 évoque, à propos de l'avortement, « *un crime énorme et exécrable* » qui doit être « *puni de mort et dernier supplice* ». Les femmes sont torturées, brûlées vives, pendues, tenaillées avec des fers ardents, enterrées vivantes, achevées à coup de pieux. Et, pourtant, sous un déluge de souffrances et de sang, elles continuent à avorter : quand la liberté fait à ce point fi de la mort, elle est irréductible.

LA RÉPRESSION S'ESSOUFFLE

Il a fallu attendre la Révolution française, qui a consacré les droits de l'individu, pour que la répression s'adoucisse quelque peu. Si ceux qui ont procuré l'avortement sont encore punis, la femme qui en a bénéficié est, en revanche, exonérée de poursuites. Mais la relative mansuétude des révolutionnaires est battue en brèche par le code napoléonien qui se préoccupe avant toute chose de défendre la famille traditionnelle. La morale judéo-chrétienne et les exigences démographiques – la guerre de 1870 se profile à l'horizon et il faut des soldats – font à nouveau de l'avortement un phénomène dangereux et asocial : si la peine de mort supprimée en 1791 n'est pas rétablie, l'avortement demeure un crime et les sanctions restent lourdes. Mais si le code napoléonien est intrinsèquement répressif, la jurisprudence accentue cette tendance ; il faut certainement voir aussi le refus de l'Église et d'hommes férus de traditions familiales de permettre aux femmes d'accéder à la dissociation de la procréation et de la sexualité. Le « nous » des hommes s'oppose au « elles ». La femme est clouée à un destin qui lui échappe.

Ce n'est que dans les années 1920 que la situation va réellement évoluer. Au cours de la Première Guerre mondiale, les femmes ont conquis une réelle autonomie. Elles commencent à affirmer leur indépendance professionnelle. Et si l'avortement demeure un crime en 1918, l'application de la peine de mort paraît si excessive que la loi n'est plus appliquée : 70 % des crimes d'avortement font l'objet d'un acquittement. En 1920 et 1923, l'avortement est déqualifié de « crime » en « délit » et, résultat paradoxal, est beaucoup plus efficacement puni, les tribunaux appliquant consciencieusement la nouvelle loi. Mais si l'aggravation des sanctions épargne relativement la femme, elle se focalise sur les tiers, et notamment sur ceux que leurs connaissances désignent comme particulièrement à même de procéder à des avortements : les médecins, les infirmiers, les pharmaciens, les sages-femmes, ce qui est révélateur de l'efficacité grandissante de la médecine. Mais, dans le même temps, on interdit la contraception de telle sorte que c'est l'avortement qui fait office de contraceptif… La maternité est assaisonnée de patriotisme, puisqu'on voit fleurir les affiches « *Sans enfants aujourd'hui, plus de France demain* ». Le régime de Vichy va toutefois ouvrir une parenthèse sanglante en assimilant l'avortement à un crime contre la sûreté de l'État et en rétablissant évidemment la peine de mort.

Après la Seconde Guerre mondiale, l'avortement redevient un délit. Toutefois, au lendemain de la Libération, deux tendances s'affrontent. Les années 1950-1970 vont être décisives : tout d'abord, l'avortement thérapeutique acquiert véritablement droit de cité. Et puis des mouvements de femmes commencent à s'organiser. Le planning familial est l'une des premières manifestations de ces mouvements collectifs et solidaires. La Grande loge féminine ou encore de nombreux magazines y participent. En 1971, le « Manifeste des 343 salopes », publié par *Le Nouvel Observateur*, fait l'effet d'un coup de tonnerre ; des femmes célèbres du monde des Arts et des Lettres affirment avoir avorté et défient le législateur. En 1973, la chancellerie conseille aux magistrats du parquet de n'ouvrir des poursuites à l'encontre des femmes qui se sont fait avorter ou des auteurs des avortements qu'après avoir recueilli son avis favorable. Quand la loi est ainsi bafouée, il convient de réformer la loi. C'est Simone Veil qui, chargée par Valéry Giscard d'Estaing de mener à bien cette réforme, va, avec un courage et une



dignité exemplaires, faire voter la loi de 1975 : ce sera, au Parlement, un combat d'une violence inouïe. Car c'est non seulement la règle, la norme, qui est contestée, mais c'est aussi le fait religieux.

L'histoire de l'avortement est une fresque caricaturale des rapports de la pratique et de la loi. Cette dernière précède rarement l'évolution des mœurs – à l'exception notable des premières lois sur la bioéthique. En l'occurrence, pour des raisons sociétales, politiques, religieuses, le législateur a ici traîné les pieds, et ce sont incontestablement les mouvements féministes, le planning familial, la presse féminine, qui ont servi de catalyseur et permis le passage d'une tolérance de l'avortement à un véritable droit à l'avortement.

LA TOLÉRANCE DE L'AVORTEMENT À PARTIR DE 1975

C'est la première fois qu'une loi est adoptée pour une durée limitée : cinq ans. La loi définitive sera votée en 1979. Et dès 1982, le remboursement de l'IVG, auquel ses opposants étaient si farouchement opposés, sera acquis. La rédaction de la loi est d'une habileté diabolique : alors que le législateur reconnaît en réalité à la femme une liberté totale au cours des dix premières semaines de grossesse, les articles de la loi sont extrêmement prudents et multiplient les obstacles en trompe-l'œil, affirmant que l'avortement n'est pas un droit. Une vraie-fausse condition de détresse est imposée par la loi : l'ambiguïté du terme permet toutes les interprétations. De surcroît, cette condition est laissée à l'appréciation souveraine de la femme. L'époux ou le concubin de la femme enceinte est exclu du processus de décision.

La loi de 1975 impose des conditions de temps, de lieu, de personnes. De temps, en ce sens que la dépénalisation ne concerne à l'origine que les dix premières semaines de grossesse. C'est seulement en 2001 que le législateur étendra ce délai à douze semaines. De lieu, dans la mesure où un avortement doit, en 1975, nécessairement avoir lieu dans un établissement hospitalier – tel est encore le cas aujourd'hui pour les avortements nécessitant une intervention chirurgicale ; en revanche, les avortements médicamenteux peuvent être conduits par un médecin de ville. De personnes, enfin, car ce sont les médecins qui se voient confier la mission de réaliser les avortements. Certains y répugnent et refusent même catégoriquement de les pratiquer. La loi leur reconnaît le droit de se prévaloir d'une clause de conscience. Mais le législateur ne s'est pas borné à poser des conditions de fond, il a aussi imposé des conditions de forme : la loi de 1975 exige un consentement écrit émanant de la femme. En outre, des entretiens et consultations obligatoires, assortis de l'obligation de respecter certains délais pour donner à la femme le temps de la réflexion, ont complété les conditions imposées. Cette volonté de dissuasion est particulièrement forte à l'égard des femmes qui n'ont pas la nationalité française, pour lesquelles des conditions de résidence strictes sont posées. Quant aux mineures, le consentement de l'un des parents ou du représentant légal suffit, mais aucune sanction n'est prévue en l'absence de recueil de ce consentement.

Concernant l'avortement thérapeutique, la loi se montre en revanche très libérale : c'est seulement à partir de 1939 que l'avortement thérapeutique a été officiellement reconnu en France, et ce, d'ailleurs, à titre tout à fait exceptionnel. C'est alors le critère médical de sauvegarde de la vie de la mère qui justifie l'intervention. Le législateur le conforte dans les années 1950. Et la loi de 1975 étend non seulement les indications traditionnelles de ce type d'avortement, mais crée de nouvelles interventions d'inspiration clairement eugénique. Mais cet avortement ne peut être décidé sans le consentement de la femme. S'il existe une forte probabilité que l'embryon ou le fœtus soit atteint d'une affection d'une particulière gravité, telle la trisomie 21, une anomalie chromosomique, une pathologie génétique, une malformation acquise à la suite d'une infection toxique, médicamenteuse, infectieuse, d'une maladie (la rougeole, la toxoplasmose), le corps médical peut, en l'absence de traitement, proposer à la femme d'avorter. L'avortement ne peut avoir lieu sans que la femme y consente, ce qui est le meilleur rempart contre un eugénisme collectif. Reste posée la question du diagnostic de susceptibilité : faut-il informer la mère d'un risque grave, souvent mortel, dont on ne sait s'il se réalisera et dont l'enfant peut être atteint dans plusieurs années, plusieurs décennies, voire jamais ? →

→ La loi de 1975 reste vivement attaquée, même après son adoption : le législateur a ainsi été contraint d'adopter une loi édictant des sanctions à l'encontre des commandos anti-IVG. La culpabilité a changé de camp. Mais, malgré l'hostilité de quelques-uns, la loi va évoluer et faciliter l'avortement en reconnaissant aux femmes un véritable droit à l'avortement.

UN VÉRITABLE DROIT À L'AVORTEMENT À PARTIR DE 2001

La loi de 2001 a, en effet, assoupli la loi de 1975, allongeant par exemple de dix à douze semaines la durée pendant laquelle une femme peut prétendre à une IVG, supprimant l'entretien obligatoire pour les femmes majeures.
Dans le prolongement de la loi de 2001, l'avortement médicamenteux est légalisé en 2004. Le médecin de ville remplace le chirurgien, mais perd, lui aussi, sa liberté de prescription, sa liberté étant désormais bornée à l'exercice de sa clause de conscience.
L'avortement a donné lieu à un contentieux virulent.

QUEL STATUT POUR L'EMBRYON ?

Si l'IVG est devenue aujourd'hui un droit, après avoir été simplement tolérée, son application n'en reste pas moins délicate au regard des principes qui régissent le droit. Pour éviter, en effet, toute collision entre le droit à la vie, constitutionnellement reconnu, et l'avortement, qui condamne l'embryon, le comité national d'éthique a qualifié ce dernier de « *personne humaine potentielle* », « *en devenir* », ce qui le prive *de facto* de ce droit à la vie. L'avortement n'est alors possible qu'au prix d'une construction intellectuelle qui nie l'humanité de l'embryon. Car si celui-ci était une personne humaine, il se verrait reconnaître un droit à la vie, ce qui interdirait *de facto* l'avortement, y compris l'avortement thérapeutique, la fécondation *in vitro* avec suppression des embryons passé un délai de cinq ans, de même que les recherches sur l'embryon. Le fait que l'embryon est une réalité biologique n'est évidemment pas discuté, mais l'absence de relation à l'autre, l'absence de conscience et même de sensibilité, avant la fermeture du tube neural, permettent-elles de le qualifier de « personne humaine » ? Le principe que l'enfant est réputé né chaque fois qu'il y va de son intérêt est appliqué par le droit romain, au haut Moyen Âge. Mais, pour pouvoir bénéficier de droits pendant la grossesse de la mère, l'enfant doit être né vivant. C'est cette conception qui va être adoptée par le code napoléonien. L'enfant conçu est donc une personne en formation qui pourra exercer ses droits après sa naissance. La question fondamentale est donc de savoir si le droit à la vie de l'embryon est compatible avec le droit à l'avortement, et de quelle façon on peut concilier ce droit à la vie de l'embryon avec les droits de la personnalité de la mère qui le porte. Au XXe siècle, l'embryon est déjà protégé par quelques grands principes constitutionnels : le respect de l'être humain, mais aussi la dignité de la personne humaine. On ne peut pas attenter à cette dignité. En droit pénal, l'embryon bénéficie d'une véritable protection : l'importation de tissus embryonnaires, la vente d'embryons ou le clonage tant reproductif que thérapeutique ou encore l'eugénisme sont sévèrement réprimés. Ce sont des crimes contre l'espèce humaine, moins graves toutefois que les crimes contre l'humanité, qui se prescrivent par trente ans. À propos du clonage reproductif, qui nous rapproche du *Meilleur des mondes*, Bertrand Mathieu écrit : « *Le clonage suscite un mélange de fascination et de peurs alimentées par les fantasmes dont il est porteur. C'est, provisoirement, le point où le développement extrême de la science rencontre l'interrogation sur l'identité humaine*[2]. » La prohibition du clonage thérapeutique, en revanche, fait débat.
Les dispositions du droit civil relatives à l'embryon font la distinction entre l'embryon *in utero* implanté dans un utérus et l'embryon *in vitro* en attente de réimplantation. Un embryon ne peut être conçu *in vitro* que dans le cadre et selon les objectifs d'une procréation médicalement assistée. Cette dernière ne peut, aux termes de la loi sur la bioéthique du 7 juillet 2011, avoir que deux objectifs : remédier à l'infertilité d'un couple dont le caractère pathologique doit avoir été médicalement constaté, ou bien éviter à l'enfant ou à un membre du couple la transmission d'une maladie d'une particulière gravité. Les embryons surnuméraires dépendent de la volonté du couple, qui est consulté chaque année sur le devenir qu'il entend leur réserver. Dans l'hypothèse d'une disparition du projet parental, c'est soit un don d'embryon, soit l'expression du souhait qu'il soit mis fin à sa conservation – et c'est la mort de l'embryon –, soit, et la fin est identique, l'acceptation que l'embryon entre dans un protocole de recherches. Il résulte clairement de ces dispositions que l'embryon ne bénéficie pas du droit à la vie reconnu à toute personne déjà née. C'est le projet parental qui confère son humanité à l'embryon *in vitro*. L'humanité de l'embryon est donc totalement tributaire de son acceptation par les deux parents. Celle de l'embryon *in vivo* dépend quant à elle exclusivement de son acceptation par la mère. En l'absence de projet parental ou maternel, la relation à l'embryon disparaît, et celui-ci, chosifié, est extrêmement fragilisé. C'est donc sur sa relation à l'autre que s'est fondé le législateur pour lui reconnaître un statut de personne humaine. Dans ce sens, le diagnostic prénatal, qui s'entend des pratiques médicales ayant pour but de détecter *in utero* chez l'embryon ou le fœtus une affection d'une particulière gravité, ne s'inscrit pas dans une démarche eugénique, contrairement au diagnostic préimplantatoire qui est un diagnostic biologique réalisé à partir de cellules prélevées sur l'embryon

in vitro, et au terme duquel, en amont de l'implantation, un collectif de chercheurs peut décider de ne pas réimplanter l'embryon. Le législateur a déjà pris des risques en allant au-delà du diagnostic préimplantatoire d'exclusion, c'est-à-dire celui qui permet d'exclure un embryon porteur d'une anomalie génétique grave. La loi a, en effet, admis le recours au diagnostic préimplantatoire pour choisir le profil génétique d'un enfant : il s'agit de faire naître ce que l'on appelle couramment le « bébé médicament » ou « bébé du double espoir ». On choisit l'embryon en fonction de ses caractéristiques biologiques qui doivent permettre de sauver de la mort un frère ou une sœur. Le statut d'enfant sans vie reconnu par la Cour de cassation aux fœtus ou embryons décédés prématurément n'a pas modifié le fond du débat : il a bien été précisé par la loi qu'aucune filiation ne peut être établie puisque l'embryon ou le fœtus n'a pas la personnalité juridique.

L'absence de personnalité juridique de l'embryon ou du fœtus retentit évidemment sur les opérations qui peuvent l'affecter : les recherches sur l'embryon humain, les cellules souches embryonnaires et les lignées de cellules souches sont interdites par la loi sur la bioéthique de 2011. Il est toutefois permis d'y déroger, après autorisation de l'agence de biomédecine. Le don d'embryon est certes autorisé, sous condition que le couple à l'origine de la fécondation *in vitro* ait donné son accord. En revanche, la gestation pour autrui reste interdite, l'illicéité reposant sur « *la violation ostensible des principes d'indisponibilité de la personne humaine et de son état* ». Toutefois, d'autres pays ayant autorisé la gestation pour autrui, ces différences de législation entraînent ce que Geneviève Delaisi de Parseval a appelé « *le tourisme procréatif*[3] ». Le risque est bien sûr de réserver cette possibilité à une classe sociale aisée, qui a les moyens de se déplacer à l'étranger. Ce faisant, on risque de renouveler la problématique de l'avortement dont l'interdiction consacrait une ségrégation sociale. La possession d'état, c'est-à-dire la volonté pour la femme d'être la mère de l'enfant, en dehors de tout lien biologique, aurait pu être une base de discussion utile. La loi aurait été la mieux à même d'éviter toute dérive mercantile et la plus qualifiée pour résoudre les conflits pouvant se nouer entre père biologique, mère adoptante et mère porteuse, ou éventuellement mère donneuse d'ovocyte si la mère adoptante était stérile. Enfin, le législateur aurait pu sécuriser la filiation d'enfants qui ne sauraient être sanctionnés parce que leurs parents ont choisi de recourir à la gestation pour autrui sur un sol étranger, avant de revenir en France. En tout état de cause, la France ne peut plus s'isoler juridiquement. Doit-on en conclure que le statut de l'embryon est indéfinissable ? On peut certainement déjà se référer à la philosophie stoïcienne qui affirmait que l'enfant n'est pas un être vivant, mais un espoir dont il faut protéger les intérêts. Le Comité national d'éthique s'est certainement inspiré de cette définition, en en accentuant toutefois l'humanité, lorsqu'il a défini l'embryon comme une personne humaine potentielle, en devenir. C'est, en effet, une réalité scientifique : l'enfant est un début de vie humaine. La Cour de cassation a clairement affirmé que l'enfant à naître n'a pas le même statut que l'enfant déjà né. C'est en fait la naissance qui consacre la réalité des droits de l'embryon. Il existe donc un dégradé des statuts de l'embryon : chosifié lorsqu'il devient objet de recherche « technoscientifique », sujet lorsqu'il fait l'objet d'un projet parental, mais sujet fragilisé si, par exemple, la vie de la mère est menacée par la grossesse. En fait, pour définir le statut de l'embryon, il faut croiser plusieurs informations : l'âge de l'embryon – plus ou moins douze semaines –, sa nature – *in vitro* ou *in vivo* –, son profil génétique, le relationnel entre l'embryon et la mère ou le couple parental et, selon les cas, l'humanité de l'embryon l'emporte ou bien sa réification s'impose, et c'est alors la suppression pure et simple de l'embryon. Le législateur a dû élaborer des compromis entre la liberté de la femme, du couple parental, du chercheur, et le respect de la dignité de l'embryon.

> *L'embryon est défini comme une personne humaine potentielle, en devenir.*

La capacité de procréer en assurant la survie de l'espèce accède à l'universel, et la femme, sans cesse confrontée aux exigences de cet universel, réagit par une hyperindividualisation. Avec l'IVG, la femme est dans la transgression radicale et l'effraction sociale à l'égard d'une société qui la veut mère et gardienne de la lignée. Les femmes se sont recentrées sur elles-mêmes : la contraception leur a permis de choisir le temps de leurs maternités, l'avortement les a autorisées à refuser des grossesses non désirées. La femme est ainsi devenue maîtresse de la procréation et libre d'organiser sa vie en dissociant sexualité et reproduction. Ce mouvement est allé de pair avec un affaiblissement de la fonction paternelle. Mais la femme peut aussi pousser le balancier de la liberté à l'autre extrémité et exiger d'être mère, au besoin en contrariant la nature, grâce à la procréation médicalement assistée. Il reste aux femmes qui ont aujourd'hui la charge de perpétuer l'espèce humaine à réussir la synthèse entre responsabilité et liberté.

Notes

2. Mathieu B., 2003, « Le refus du clonage reproductif ou les faiblesses d'une éthique de l'émotion », *La Semaine juridique, 77 (6).*

3. Geneviève Delaisi de Parseval, le 22 mars 2006, lors d'une table ronde sur l'évolution des modes de filiation, dans le cadre des auditions publiques de la commission des lois du Sénat sur l'actualité du droit de la famille.

Placement familial

Quand les liens interinstitutionnels font défaut


Élise Feral
Psychologue clinicienne

**Psychologue clinicienne au sein d'un service de l'Aide sociale à l'enfance et à la famille, Élise Feral assure le suivi psychologique d'enfants placés en familles d'accueil.
La situation particulière de Louis, confié à une assistante familiale, est le point de départ d'une réflexion plus générale sur les effets des liens interinstitutionnels, ou leur absence, quand le suivi psychologique des enfants est à l'œuvre.**

Tout commence lorsque, quelques jours après ma prise de fonctions, je reçois un coup de téléphone d'une famille d'accueil paniquée. Précisons qu'il s'agit de mon premier poste.
L'assistante familiale à qui je parle m'explique que Louis, l'enfant qu'elle accueille, alors âgé de sept ans et demi, a jeté un chaton dans un puits, sans manifester d'émotions. Elle est très choquée et me demande quoi faire.
Au cours de cet entretien téléphonique, j'apprends que Louis est suivi dans un centre médico-psychologique en psychomotricité, orthophonie, et va à quelques entretiens avec un pédopsychiatre.
Elle me dit aussi que la situation est particulière au vu, je cite, de « *notre problématique familiale* ». Étonnée, je la questionne sur ce qu'elle entend par là. Elle parle du décès accidentel de son fils adolescent, en 2001, suivi, six mois plus tard, de l'arrivée dans la famille de Louis alors âgé de six jours. À ce moment-là, ni elle ni moi ne savons que cette révélation sera le point de départ qui rendra possible le travail clinique.

L'ÉTRANGE BERCEAU DE LOUIS

Je prends donc le dossier de Louis à l'Aide sociale à l'enfance et à la famille, et interroge l'éducateur référent.
Louis est né en 2002 d'une mère psychotique non suivie médicalement. À la naissance de son fils, elle l'installe dans un couffin au milieu de nombreux chatons, ne faisant pas de différence entre l'enfant et les animaux.
Un placement en urgence est alors sollicité, et Louis a six jours quand il est accueilli dans une famille d'accueil.
Dans le dossier, le décès du fils de l'assistante familiale n'est pas mentionné.
Quand j'essaye d'en savoir davantage auprès des membres de l'équipe, j'apprends qu'au moment du placement, d'autres professionnels étaient chargés de cette situation, mais qu'ils ne travaillent plus dans le service. Je demande si un relais a été opéré entre les professionnels à l'Aide sociale à l'enfance, mais n'obtiens pas de réponse. J'apprends aussi que Louis voit sa mère en présence d'un travailleur social, lors de visites trois ou quatre fois par an.
Dès le début du placement, quand l'enfant voyait sa mère, il manifestait de nombreux symptômes, notamment de graves crises d'épilepsie qui le conduisaient en urgence à l'hôpital. C'est pourquoi les visites ont été progressivement espacées.
Quand je le vois, je ne saisis pas vraiment tous les enjeux de cette situation, n'en ai pas une vision complète, et ai l'impression qu'il me manque de nombreux éléments. Je décide donc de contacter le pédopsychiatre du CMP afin d'en savoir davantage.
Cet entretien téléphonique m'apprend que Louis a de grosses difficultés de langage, qu'un bilan a été effectué dans un centre du langage, et que les conclusions sont contradictoires. Pour le pédopsychiatre, il n'aurait pas de troubles de la personnalité, et ses difficultés s'expliqueraient surtout par une dysphasie et par les enjeux de son placement. Ainsi, un suivi psychologique au CMP n'est pas préconisé, puisque, de l'avis du médecin, il est seulement nécessaire de travailler avec Louis autour de son placement.
Le travail incombe donc au psychologue ASEF.

PREMIÈRE RENCONTRE

Un premier entretien est organisé avec Louis en présence de son assistante familiale. J'explique le cadre de mon travail et mes fonctions.

Après avoir raconté ce que je sais de l'histoire de Louis, l'assistante familiale m'informe de certains éléments comme si j'étais supposée les connaître, alors qu'ils n'apparaissent nulle part dans les dossiers : un suivi au centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) avorté, la souffrance de Louis à l'école, ses inquiétudes sur ses troubles du comportement... Je me rends compte à nouveau qu'il me manque des informations, et ne parviens pas à voir clairement le déroulement chronologique des événements depuis le placement. L'assistante familiale souligne aussi que sa fille me ressemble étonnamment. Cette remarque particulière aura de l'importance pour la suite dans le suivi psychologique que je mènerai avec Louis.

Puis, je rencontre Louis tout seul.

Au début, l'entretien est calme, puis il sort ses jouets, les jette partout, sur mon bureau également, et commence à se taper la tête contre le mur et à crier... J'ai le sentiment de retourner quelques mois en arrière, lors de mon stage de dernière année en hôpital de jour. Je parviens à calmer Louis en le prenant dans mes bras, il s'allonge par terre, je lui caresse spontanément le visage et les cheveux. Il s'apaise, ferme les yeux.

L'assistante familiale vient le chercher dans mon bureau.

QUAND LES MOTS DE LOUIS MANQUENT...

Progressivement, j'arrive à mieux comprendre la problématique de Louis.

Un même scénario se répète lors des entretiens suivants : d'abord, il se cache sous la table avec une feuille et des feutres. Je précise que la table en question est composée de deux parties posées côte à côte, ce détail a de l'importance pour la suite. Louis fait des dessins non figuratifs qu'il me tend de dessous la table. Il ne dit quasiment rien, et je formule tout ce qu'il fait et tout ce que je ressens. Il me renvoie des choses très brutes, archaïques.

Je pense à la théorie de Wilfred Bion, qui, grâce à un tiers et au langage, a la possibilité de transformer des éléments bruts, *bêta*, en éléments secondarisés, *alpha*.

Systématiquement, Louis termine l'entretien en sortant par le milieu des deux morceaux de la table. J'ai le sentiment d'un œuf qui éclot, d'une naissance, et aussi que Louis est dans l'incapacité de sortir de sous cette table par là où il s'y est mis.

La fin de chaque entretien est compliquée, Louis ne la souhaite pas, il ne le formule pas, mais le met en actes. Dans le couloir qui sépare mon bureau de la salle d'attente, il s'échappe, va dans d'autres bureaux, crie comme s'il s'amusait de sa voix qui résonne dans la cage d'escaliers et, à chaque fois, je le ramène auprès de l'assistante familiale en le portant dans mes bras.

Au cours des entretiens, Louis va petit à petit venir à la table où je suis assise faire, par exemple, de la pâte à modeler. Pourtant, cela ne sera possible que s'il prend mes mains. Ainsi, il se colle à moi, pose ses mains sur les miennes pour faire de la pâte à modeler. Je me dis que, s'il pouvait entrer en moi, il le ferait.

Je note que reviennent très régulièrement dans ses dessins des arbres coupés. Ignorant d'abord la signification donnée habituellement à ce genre de dessins par les professionnels, je dis à Louis qu'un placement familial peut, en effet, rompre la continuité d'un parcours de vie, comme l'arbre symbole de la vie qui grandit. J'apprendrai plus tard que le fils de l'assistante familiale était mort accidentellement alors qu'il coupait du bois, d'où le lien.

Progressivement, Louis ne fera plus ce type de dessins. J'imagine lui avoir permis une ouverture sur ce qu'ils signifiaient, le dégageant certainement de l'histoire familiale de son assistante familiale pour l'aider à se recentrer sur sa propre histoire.

Cependant, je me rends compte que j'interviens avec Louis au-delà de mes missions de psychologue à l'Aide sociale à l'enfance et à la famille, comme si je travaillais en pédopsychiatrie.

Je contacte à nouveau la pédopsychiatre pour l'informer de mes observations. Elle ne partage pas mon point de vue et connaît Louis depuis longtemps. Elle me rappelle la dysphasie et la problématique de placement familial. Je décide donc, avec l'accord de ma hiérarchie, de suivre Louis, et sollicite une synthèse quelques mois plus tard avec le CMP.

Les entretiens se poursuivent donc tous les quinze jours. J'essaye de faire mon possible, mais je suis vite ramenée à l'évidence que ma charge de travail est compliquée. Louis investit énormément les entretiens. De son côté, l'assistante familiale m'explique qu'il m'apprécie, et me rappelle que je ressemble à sa fille. Elle formule ainsi une hypothèse pour justifier l'adhésion importante et immédiate de Louis au suivi que je lui propose. Nous pouvons penser que cet élément aura aussi un effet sur sa manière d'investir les entretiens que je lui proposerai. L'analyse transféro-contre-transférentielle indispensable dans tout travail de clinicien permet d'en éclairer les tenants, les aboutissants, ainsi que les enjeux.

Pour ce qui concerne Louis, j'ai le sentiment qu'il est en réelle demande d'aide et qu'il prend tout ce qu'on peut lui apporter. J'avance, frustrée, dans le suivi psychologique de cet enfant avec le sentiment de ne pouvoir lui apporter assez.

L'ASSISTANTE FAMILIALE, UNE « MAMAN » ÉPROUVÉE

Je propose à l'assistante familiale de se rencontrer aussi régulièrement pour qu'elle me parle de sa vie avec Louis 

depuis le début du placement, car je ne comprends pas tout. Elle accepte, et ce travail sera fondamental.

Elle évoque le contexte du placement de Louis, et ce qu'elle en a ressenti. Elle revient alors sur l'accident de son fils. J'apprends alors une multitude d'éléments sur le parcours de Louis et sur les propres émotions de cette femme. Elle dit avoir sollicité très tôt les professionnels quand elle a constaté des retards dans le développement, notamment psychomoteur, de Louis. Globalement, elle se bat depuis toutes ces années avec le sentiment d'une bataille solitaire, et ne s'est jamais sentie entendue. Elle m'explique que c'est la première fois qu'elle nomme les événements de cette façon, qu'elle raconte son histoire.

Un suivi au CAMSP avait démarré pour Louis peu après le placement, mais, du fait de congés non remplacés de certains, il s'est arrêté sans qu'elle n'ait compris pourquoi. Elle raconte qu'à chaque visite de la mère, Louis manifeste des symptômes grandissants, au point de se retrouver inerte, entre la vie et la mort à l'hôpital après une grosse crise d'épilepsie. Elle me dit aussi que Louis l'appelle « maman » avec l'autorisation de sa mère. Je nomme ce vers quoi cela a pu la renvoyer : la mort de son propre fils. Son histoire personnelle est d'autant plus lourde et pénible qu'elle a l'impression qu'elle justifie dans le regard des autres le placement de Louis et l'amour qu'elle lui porte. J'essaye avec elle de donner un autre sens, d'élaborer les choses.

Un point est encore mystérieux : pourquoi autorise-t-on encore la mère à rendre visite à Louis puisque cela occasionne tant de souffrance ? L'assistante familiale parle alors des symptômes qu'il manifeste quinze jours avant la visite de sa mère, même si on ne lui précise pas qu'elle va venir, et quinze jours après : énurésie, auto et héteragressivité, régressions, désinvestissement du scolaire, perte de certains apprentissages…

C'est alors que je repense aux chatons, et parle d'un lien potentiel entre Louis, nouveau-né déposé au milieu des chatons et assimilé à eux, et évoque le chaton jeté dans le puits.

Elle m'explique avoir tout raconté à Louis de son histoire depuis le début, ce qui lui fait dire très souvent : « *Pourquoi j'ai pas été dans ton ventre ? Pourquoi vous n'êtes pas mes parents ?* »

Elle me montre les albums photos de Louis et m'explique qu'à son arrivée, on aurait dit un « petit vieux ». Je regarde, touchée, les photos d'un bébé de quelques jours se laissant probablement mourir. Mais les photos prises quelques mois plus tard sont rassurantes, Louis paraît en forme. J'exprime alors ce que je ressens et mes questionnements.

Je commence à comprendre ce qui peut expliquer son investissement archaïque de la relation, et suppose que l'enfant souffre de troubles de la personnalité… J'en parle à l'assistante familiale, qui me dit sentir pour la première fois que quelqu'un va dans son sens. Je la sens rassurée, mais j'imagine ce qu'elle a pu éprouver et son désarroi.





LE TEMPS DE LA SYNTHÈSE

Lorsque la synthèse avec le CMP a lieu, j'apprends que le pédopsychiatre a changé de poste et va être remplacé. Je me dis que c'est peut-être une chance d'avoir un regard neuf sur la situation de Louis, et que ce sera l'occasion de solliciter à nouveau sa prise en charge au CMP pour un suivi psychologique qui me paraît plus que nécessaire.

Personnellement, les moyens matériels pour le voir chaque semaine me manquent, d'autant que j'ai le sentiment d'intervenir en dehors de ma mission.

Cette synthèse me laisse découvrir un autre Louis. J'apprends qu'en psychomotricité et lors des entretiens avec le pédopsychiatre, il ne renvoie pas du tout un investissement archaïque de la relation et semble s'adapter au cadre qu'on lui propose. À plusieurs reprises, les professionnels du CMP parlent de l'assistante familiale en la nommant « *sa maman* ».

J'essaye alors de m'exprimer, d'expliquer mes observations et d'apporter des éléments cliniques concrets afin d'être entendue. On me renvoie mon peu d'expérience avec Louis, qu'ils disent connaître depuis longtemps. Je suis tellement convaincue que je décide d'aller le plus loin possible dans l'argumentation. Finalement, on m'écoute. J'apporte des éléments cliniques observés au cours de mes entretiens avec Louis et avec l'assistante familiale.

Le pédopsychiatre et le psychomotricien me regardent comme si j'étais un oiseau rare. Ils disent n'avoir jamais observé un tel comportement de Louis depuis toutes ces années. Ils me questionnent sur ce que je pense de la mère de l'enfant, et paraissent choqués quand je nomme la psychose. Je comprends enfin ce qui se passe : les professionnels du CMP n'ont jamais rencontré la mère de Louis qu'ils croyaient déficiente intellectuelle, mais parfaitement à même d'apporter de l'amour et de l'investissement pour son fils, ni même demandé à lire le dossier de l'Aide sociale à l'enfance. Peut-être était-ce pour cette raison, pensais-je, que l'hypothèse de la dysphasie primait sur d'éventuels troubles de la personnalité. Cette synthèse fut l'occasion pour mes interlocuteurs de découvrir les raisons fondamentales du placement familial de Louis, âgé à cette époque de huit ans. Loin de porter des jugements, je comprends comment un manque de communication, ou une absence de communication entre les différentes structures, a pu enfermer la situation de Louis et de son assistante familiale dans une situation éloignée de la réalité, au point de créer des dégâts dans le déroulement de sa prise en charge.

Cette synthèse fut l'occasion pour mes interlocuteurs de découvrir les raisons fondamentales du placement familial de Louis.

Nous décidons alors tous ensemble de solliciter le juge des enfants afin de suspendre les visites médiatisées de Louis avec sa mère. J'ai le sentiment qu'on avance, que c'est dans cet esprit de coopération et de communication que les divers professionnels peuvent optimiser la prise en charge d'un enfant.

Notre demande est suivie par le juge. Informée, la mère s'énerve d'abord, puis ne fait pas appel et semble s'apaiser. Je me demande si cette femme n'était pas elle aussi mise à mal pendant ses visites, qui pouvaient lui renvoyer ses difficultés et sa souffrance.

PASSAGE DE RELAIS

En dépit de la suspension des visites, Louis ne va pas mieux, ce qui étonne beaucoup les professionnels du CMP pour qui les difficultés relevaient essentiellement de la problématique du placement familial. Ils décident donc de mettre en place un nouveau suivi psychologique. Je suis soulagée que cette demande aboutisse, et pense que nous allons finalement pouvoir prendre en charge les problèmes de Louis, et non pas ce qu'on s'en représente. Je me dis qu'il va bénéficier enfin d'une prise en charge adaptée. Il est temps pour moi de passer le relais à un psychologue du CMP. J'explique à Louis, lors de notre dernier entretien, comment les choses vont se poser et s'organiser. Il ne manifeste rien de particulier. Pour la première fois depuis que je le suis (c'est-à-dire un an), au moment de se dire au revoir, il vient m'embrasser sur la joue. Je pense à un vrai « au revoir », différent des autres où Louis s'en allait sans rien dire ; j'ai le sentiment qu'il a compris qu'un virage était amorcé dans sa prise en charge.

Depuis, j'ai eu des contacts avec les professionnels du CMP, dont le pédopsychiatre qui a effectivement changé. Ils me font comprendre qu'ils ont pris en compte mes observations, et leur regard sur Louis est différent.

Désormais, ils parlent à Louis de son assistante familiale, ayant laissé à la mère sa place symbolique. L'assistante familiale est aussi bien plus à l'aise avec son statut, ose se positionner en professionnelle et, pour la première fois, demande des formations.

Dernièrement, Louis a dit : « *Vous n'êtes pas mes parents, vous êtes ma famille d'accueil.* » L'assistante familiale et son mari sont restés cois. C'était la première fois qu'il mettait des mots sur sa situation, comme si les choses avaient été clarifiées.

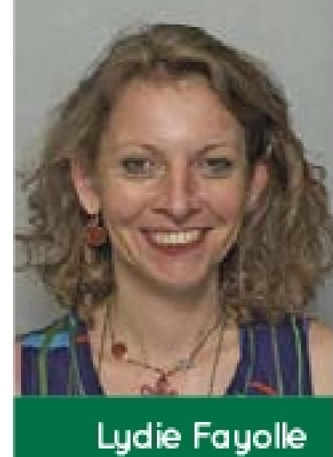
Le CMP a aussi soutenu la demande de l'école pour que Louis puisse être orienté en institut médico-éducatif (IME), étant trop en souffrance en classe pour l'inclusion scolaire (CLIS). Après quelques semaines, il a commencé à se poser. Il est plus serein.

On comprend ici que les liens interinstitutionnels ont permis une ouverture sur l'extérieur, la prise en compte d'observations différenciées, et, de cette façon, le suivi psychologique de Louis a évolué : d'abord en interne au CMP, puis vers l'IME.

Je reçois encore régulièrement l'assistante familiale qui peut nommer ses difficultés et ses inquiétudes. Elle a pu clarifier son statut et la situation de Louis en présence des professionnels de l'IME, étonnés que Louis l'appelle encore « maman ». Aujourd'hui, Louis a pris ses repères à l'IME, l'assistante familiale dit qu'il s'est « approprié » les lieux. Elle est rassurée de voir que l'enfant est pris en charge, et n'observe plus au domicile de troubles du comportement. Louis s'est posé et fait d'énormes progrès dans les apprentissages. Récemment, le pédiatre qui le suit a fait état d'une avancée extraordinaire, notamment en termes de développement staturo-pondéral, affirmant même qu'il serait en avance et déjà prépubère !

Mens sana in corpore sano. ◗

Auteurs de violence conjugale
Quelle prise en charge?



Lydie Fayolle
Psychologue clinicienne
Membre du Centre d'études et de recherches cliniques Drôme-Ardèche (Cercl 26 07)

La pratique dans le cadre judiciaire confronte le psychologue clinicien à des problématiques psychiques qu'il ne rencontre pas habituellement. L'étude d'un cas clinique nous mène à penser un passage à l'acte violent au regard du lien primaire à l'objet. Compte-rendu de l'intensité désorganisante de l'angoisse d'anéantissement née de la rencontre à l'autre.

L'analyse que nous proposons ici* conduit à penser le dispositif comme espace de dépôt d'éléments psychiques indifférenciés, offrant ainsi au sujet une scène de figurabilité, où la représentation primaire va pouvoir advenir. Un travail d'élaboration devient alors possible à condition de penser ce dispositif en tant que cadre ayant une fonction de symbolisation pour le sujet. Ce cas clinique s'inscrit dans le cadre d'un dispositif de prise en charge d'auteurs de violences conjugales intervenu à la suite d'un dépôt de plainte, et sur demande du procureur de la République. Le dispositif judiciaire prévoit quatre entretiens en présence de l'auteur des actes de violence :

- un entretien préalable avec le responsable du service, qui a pour objectif d'énoncer la loi et la peine encourue, de présenter le dispositif de prise en charge, et le contenu du rapport fait au substitut du procureur en fin de prise en charge ;
- deux entretiens avec la psychologue, qui se déroulent à quinze jours d'intervalle dans les locaux du tribunal, ayant pour objet une mise à distance d'avec l'acte, une démarche de compréhension subjective de celui-ci, et une discussion sur des orientations thérapeutiques ;
- un entretien de clôture avec le responsable et la psychologue au cours duquel le rapport adressé au substitut du procureur est présenté, et les pistes d'orientations thérapeutiques de nouveau évoquées.

UN JEUNE HOMME ENTRAVÉ PASSE À L'ACTE ET « OUBLIE »

À la suite de plusieurs dépôts de plainte pour violence conjugale, Kevin a été condamné à une éviction du domicile conjugal pendant un mois, avec obligation d'un suivi judiciaire par le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) et l'entrée dans le dispositif de prise en charge des auteurs de violence conjugale.
Cette décision judiciaire est prise par suite de faits de violence ayant déjà eu lieu au printemps.
Kevin a vingt ans et vit avec sa compagne. Sur le plan professionnel, il est sans emploi et vient de trouver un CDD d'insertion. Il n'a pas de diplôme. Lorsque je reçois Kevin pour la première fois, il est troublé par son incapacité de se souvenir des faits, sans pour autant les remettre en cause. Il dit ne se souvenir de rien et parle de « trou noir qui aspire ». Il ne sait plus ce qui s'est passé, et ne se souvient plus des éléments ayant déclenché ce passage à l'acte. Il déclare avoir pris des toxiques (alcool et cannabis) auxquels il a souvent recours pour se calmer.
Il précise que sa compagne n'y est pour rien, qu'elle l'a toujours soutenu et aidé à se dégager d'une problématique plus grave.
Il met les faits au regard de son histoire personnelle. D'emblée, il évoque sa relation avec sa mère. Ses parents ont divorcé en 1995, à cause d'une relation extraconjugale de sa mère que Kevin aurait divulguée à son père.
Kevin est alors confié à la garde de sa mère avec qui la relation est difficile, surtout en raison du caractère instable et des humeurs de sa mère. Rien n'est prévisible dans ses comportements, et la manière dont il décrit certains faits peut laisser penser à des phases tantôt dépressives, tantôt maniaques. Kevin semble avoir grandi dans un climat de mal-être et avoir vécu avec une tension interne permanente. À l'âge de huit ans, Kevin fugue, et est confié à son père. À l'âge de treize ans, il dit avoir de mauvaises fréquentations. Il va dans des raves parties, devient addict

Note

*Cet article a été élaboré dans le cadre du groupe de recherche du Cercl 26 07 dirigé par Anne-Marie Georges. Il a été supervisé par Brigitte Blanquet.

à des toxiques lourds (LSD…), et alterne entre des périodes où il vit chez son père et des périodes d'errance. Dès 2006, il commet des actes de violence envers son père. Il décrit une certaine discordance entre son état interne fait de grandes tensions le conduisant parfois à des crises de convulsions « paniquantes », et son comportement à l'extérieur, où il passe son temps à ne rien faire, à glander, errer.
Il se souvient d'avoir vécu une angoisse panique quinze jours avant les faits de violence. De ces crises, il ne peut rien dire, si ce n'est témoigner de leur imprévisibilité. Par ailleurs, Kevin exprime des envies suicidaires, il est déjà passé à l'acte une fois (entaille à un poignet).
De sa compagne, il explique qu'elle a toujours été un élément stabilisateur pour lui. Elle lui aurait permis de se dégager de son addiction au LSD. Il se montre coupable à son égard, et se demande comment il a pu faire autant de mal à la personne à laquelle il tient le plus. Il désire poursuivre leur relation conjugale, et semble sincère dans une demande de prise en charge psychothérapeutique.
Cependant, il remarque ne jamais être tranquille, et bien qu'ayant confiance en elle, il se demande toujours ce qu'elle fait quand ils ne sont pas ensemble, même si par ailleurs elle lui précise où elle est. Ce n'est pas tant qu'il la soupçonne de le trahir, il s'inquiète de savoir s'il existe pour elle quand il n'est pas là.
Quand l'entretien de clôture du dispositif avec le responsable commence, Kevin se dit prêt pour un suivi qui prendrait en compte son addiction et pour une démarche psychothérapeutique. Il est donc orienté vers un service spécialisé. Au moment de se dire au revoir, je perçois son effroi quand il annonce sa crainte de quitter le dispositif, et ses difficultés à accepter un relais vers d'autres soignants.
Quelques jours plus tard, à l'audience judiciaire, il est condamné à quatre mois d'emprisonnement avec sursis, et mise à l'épreuve de trois ans, obligation de soin et suivi judiciaire.
Après l'audience, je suis surprise de recevoir un coup de téléphone de Kevin sur mon portable personnel, dont le numéro n'est normalement connu d'aucun auteur de violence. C'est un dimanche, il est 21 h, Kevin semble être dans un grand désarroi. Il dit être pris d'une forte envie suicidaire, ce qui m'apparaît à ce moment-là un risque réel. Après l'avoir écouté, je l'invite à se rendre aux urgences si ses angoisses viennent à s'amplifier. Par ailleurs, je lui propose de me mettre en rapport avec le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) dès le lendemain afin de mobiliser le référent social chargé de le suivre dans le cadre du sursis. Je stipule également que j'informerai mon responsable de notre échange. Cette proposition semble l'apaiser et lui convenir.
Dès le lendemain, je me mets en lien avec le SPIP, qui décide de contacter rapidement Kevin par téléphone.
Quelques jours plus tard, j'apprends par le substitut du procureur que Kevin a de nouveau commis un acte de violence conjugale et, qu'à ce titre, il passe en comparution immédiate pour une condamnation.
J'ai le souvenir d'avoir été particulièrement touchée par deux éléments : la jeunesse de Kevin, son apparence juvénile et la sincérité avec laquelle il témoigne de la complexité de ce qu'il éprouve : « *Je sais que j'ai été violent, mais je ne me souviens de rien.* » Il s'engage pleinement dans une quête de sens.
D'autre part, je suis surprise, lors de nos entretiens, par des images et des sensations corporelles singulières, des images glauques et dégoûtantes (toiles d'araignées, pièces d'une maison en désordre, ambiance lumineuse sombre…), des sensations de froid et surtout des odeurs nauséabondes d'eau croupie qui m'envahissent. Pendant que Kevin parlait, je me voyais déambuler à l'intérieur d'une demeure délabrée, à la fois occupée et laissée à l'abandon.

Le trop côtoie le vide, dans une dynamique qui paraît sous une forme juxtaposée plus que liée.

EN QUÊTE D'ÉQUILIBRE

Je commence ma réflexion en rapportant quelques éléments qui marquent autant les paroles de Kevin que d'autres advenues dans la dynamique transférentielle.
Je mets l'accent dans ce qui suit sur ce que m'ont évoqué les propos de Kevin d'une part, et ce que j'ai éprouvé dans la dynamique transférentielle, d'autre part. Le trop côtoie le vide, dans une dynamique qui paraît sous une forme juxtaposée plus que liée.
La vie de Kevin est dominée par un sentiment de mal-être psychique doublé de douleurs physiques de deux ordres : d'une part, un état d'excitation et de tension interne insupportable ; d'autre part, un comportement de « glandeur ». Il a recours à des toxiques (alcool, LSD) qu'il utilise pour se calmer, quand il erre dans des *rave parties* où l'ambiance musicale mobilise une stimulation corporelle importante évoquant les rythmes cardiaques.
Ces éléments peuvent trouver un éclairage dans la relation qu'il entretient avec sa mère, relation qu'il qualifie d'instable et de discontinue, le trop et le vide pouvant advenir sous une forme imprévisible et insensée.
Le surinvestissement du sensoriel semble à la fois désigner une tentative d'apaisement et une tentative de maintien en vie, laissant apparaître une angoisse d'anéantissement.
M'adviennent alors ces éléments qui participent à la dynamique contre-transférentielle : images de maison à la fois occupée mais pourtant abandonnée, maison →

→ vide mais pleine d'odeurs. Je comprends que ces images suivent une dynamique identique à ce qu'éprouve Kevin. Wilfred Bion (1979) a mis en évidence la fonction *alpha* de la mère qui transforme des éléments bruts de l'enfant et joue un double rôle : un rôle de pare-excitation et un rôle d'intériorisation du processus de désintoxication qui permettra, dans un second temps à l'enfant, de pouvoir les traiter de manière autonome.

Au regard des éléments cliniques, je peux faire l'hypothèse que la fonction *alpha* de la mère faisant défaut, Kevin n'a pas pu se construire de pare-excitation interne, ce qui le mène à devoir prendre des substances « calmantes » et, simultanément, à fréquenter des lieux d'excitation (*rave parties*) qui lui donnent l'impression de vivre. Donald W. Winnicott (1989) soutient que la naissance de l'extériorité de l'objet dépendait de la réponse de l'objet à la destructivité du sujet, et pas simplement à son absence. À ce titre, il énonce trois caractéristiques de l'objet face à la destructivité : l'absence de retrait, l'absence de représailles, et la capacité de l'objet de rétablir le contact en se montrant créatif et vivant.

C'est surtout sur ce troisième point qu'insiste René Roussillon (1999) en mettant en avant les capacités de liaison de l'objet face à la destructivité du sujet, fondement des capacités de symbolisation du sujet.

En ce qui concerne Kevin, les éléments de tension et le surinvestissement sensoriel peuvent désigner la fragilité de la fonction maternelle à lier psychiquement (de manière créative et vivante) des éléments bruts.

Il semble que cette défaillance de pare-excitation externe ait à la fois entravé la constitution d'un pare-excitation interne, mais de manière plus fondamentale, la création même d'un objet différencié et externe.

> *Il apparaît que la non-transformation des éléments bruts, et donc leur retour sous forme identique produisent une effraction traumatique.*

Dans la problématique de Kevin, il apparaît que la non-transformation des éléments bruts, et donc leur retour sous forme identique produisent une effraction traumatique. Outre l'impossibilité pour l'objet de se trouver dans sa réalité externe, il fait subir une violence qui place le sujet dans le dilemme suivant : soit le retrait à lui-même soit l'intrusion subie par l'objet.

Un clivage du moi s'instaure et, avec lui, un sentiment de mal-être, désignant le noyau de culpabilité primaire : « *Je suis (le) mal.* » (Roussillon, 1999.)

Ce noyau de culpabilité précède l'organisation de la différenciation sujet/objet et repose sur une confusion « moi/non-moi ». Des comportements violents ou antisociaux interviennent en réaction défensive contre ce noyau de culpabilité primaire et une tentative de traitement du noyau traumatique qui le sous-tend.

Les actes de violence à l'encontre de sa femme peuvent donc être compris comme une « ré-actualisation » de l'expérience traumatique de la rencontre avec l'objet, et se développent sur la scène conjugale. Dans cette ré-actualisation, les mécanismes de clivage et de déni (oubli de la scène) témoignent ainsi de la structure psychique née de la rencontre avec l'objet maternel.

QUAND LE « TROU NOIR ASPIRE »… COMMENT RESTER EN VIE ?

Après ce premier éclairage, je voudrais maintenant interroger le signifiant « le trou noir aspire » au regard de la dynamique psychique de Kevin. Il apparaît que cette expérience évoque une sensation d'aspiration où la question de la disparition est centrale. En m'appuyant sur des apports conceptuels, je vais tenter de comprendre ce signifiant et de le mettre en perspective avec la dynamique psychique de Kevin.

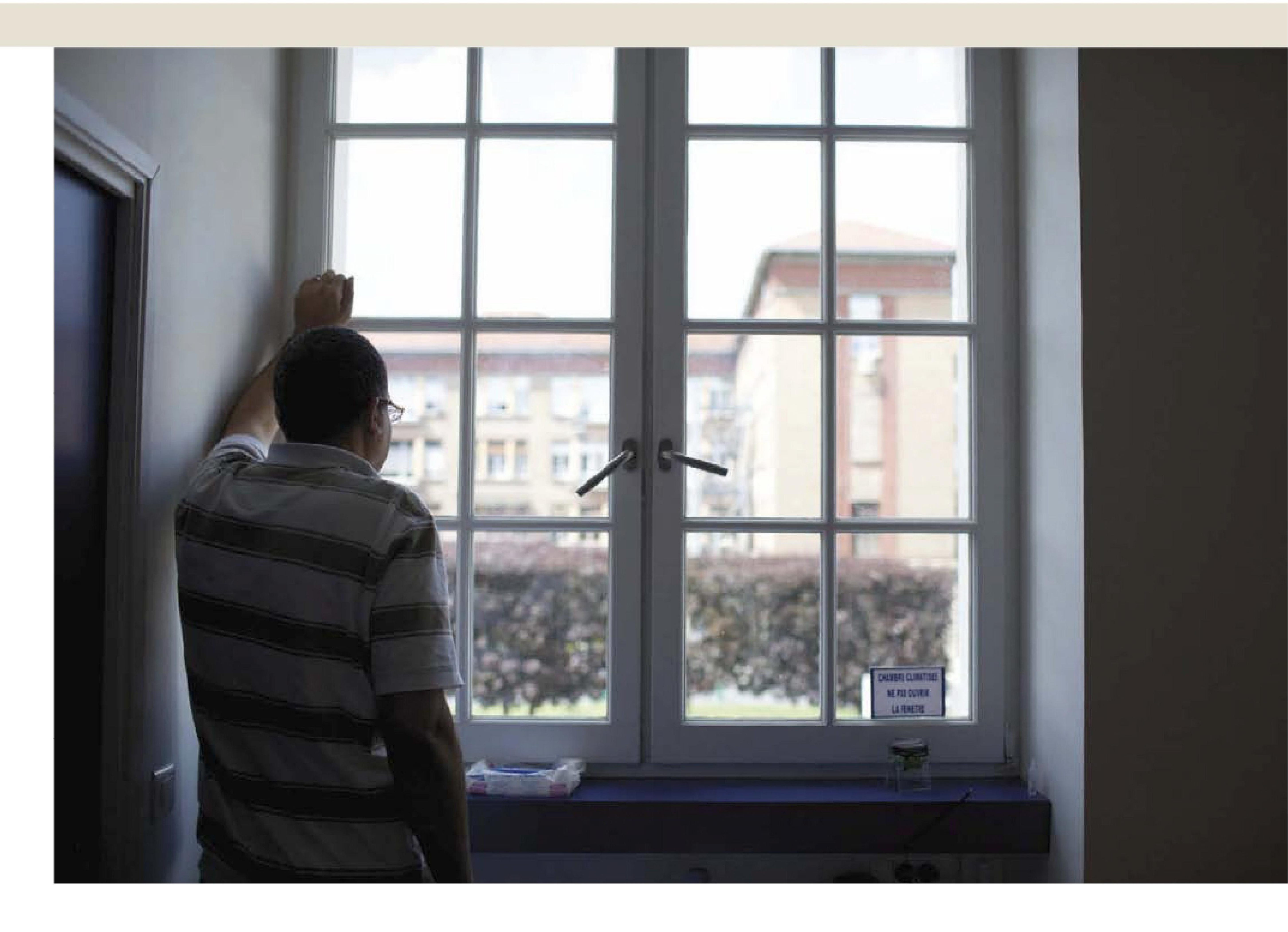
En 1987, Didier Anzieu utilise la notion de « signifiants formels » pour parler de reste des représentations qu'il nomme « indomptées », des expériences de carence relationnelle précoce, à savoir un signifiant qui témoigne d'une expérience sensorielle inélaborée. Il insiste sur le fait que ce type d'expérience met en jeu le sentiment même d'existence.

Plus tard, Maurice Despinoy et Monique Pinol-Douriez (2002) insistent sur le rôle des fonctions sensorielles dans l'activité naissante de la représentation. À l'origine, l'indifférenciation entre l'enfant et la « mère-environnement » mobilise un pictogramme qui mettrait en forme le schéma relationnel, organe sensible-phénomène perçu, comme une entité unique et indissociable. Cette activité serait la voie naissante de la symbolisation primaire et formerait un fond représentatif duquel peut se développer un sentiment narcissique, un sentiment d'existence, au sens du Soi.

Cette activité de « représentance » peut, en fonction de sa qualité, dynamiser ou tuer à la fois l'activité sensori-motrice d'appropriation du monde et de représentation de la psyché elle-même.

L'expression « un trou noir aspire » pourrait désigner le signifiant formel qui illustre une expérience sensori-motrice non symbolisée. Partant de cette hypothèse, nous voudrions nous appuyer sur l'approche de Guy Gimenez qui va plus loin dans sa conceptualisation.

Guy Gimenez (2003) soutient que ce type de représentation présymbolique s'effectue à partir de traces laissées dans la psyché par une expérience intolérable. Il souligne deux temps qui marquent le conflit entre le moi et un fragment de la réalité externe intolérable qui confronte le sujet à une expérience sensori-affective dont le modèle



pourrait être le trauma affectif. Le premier temps serait sous-tendu par les mécanismes de défense, de déni, et de rejet. Déni tout d'abord, au sens du déni d'un fragment de la réalité externe, puis rejet de la représentation que le patient aurait pu avoir de cette réalité. Il insiste sur le fait que cette expérience s'inscrit sous forme de traces mnésiques brutes, non mentalisées. Il nomme « représentation potentielle » la représentation intolérable et inassimilable qui ne serait pas parvenue à se constituer car détruite et rejetée avant même d'avoir pu se constituer psychiquement.

Pour Guy Gimenez, ces mécanismes de défense seraient au cœur du travail du négatif décrit par André Green, au sens où ces expériences seraient appréhendées par la psyché sous une forme de non-existence telle qu'André Green (1993) la traduit dans son concept d'hallucination négative.

Par ailleurs, Guy Gimenez va plus loin dans sa conceptualisation en décrivant un deuxième temps psychique, à savoir la reconstruction d'une néoréalité hallucinatoire qui permet au sujet de ne pas se confronter au vide du premier temps défensif. Il avance l'hypothèse que « *la nouvelle réalité hallucinatoire se constituerait par transformations à partir de la représentation potentielle rejetée et de l'affect qui lui était associé* » (p. 116).

Ainsi, outre le fait que l'hallucination se constitue comme une défense, elle permettrait aussi de figurer l'infigurable, de représenter l'irreprésentable.

Je vais donc m'appuyer sur la logique de ces deux temps psychiques pour comprendre le signifiant formel de Kevin. Le mécanisme de déni est repérable dès le début de l'entretien lorsqu'il dit ne pas se souvenir de la scène de violence conjugale, ni même des éléments qui l'ont précédée. Outre l'oubli des événements, ce dernier est doublé d'un oubli des émotions, comme l'illustre le premier temps dont parle Guy Gimenez. De ce fait, nous pouvons formuler l'hypothèse que l'image-sensation « un trou noir aspire », désigne le deuxième temps, celui du retour d'une expérience traumatique primaire d'un lien à la mère sous la forme d'une hallucination.

L'image du trou noir qui aspire et la sensation qui y est associée peuvent évoquer une expérience insatisfaisante du *holding*, entravant la sensation de verticalité et la perception corporelle de l'identité. À défaut, on peut faire l'hypothèse que lorsque l'expérience de la verticalité n'est pas mobilisée dans le corps même, le sujet reste alors dans l'indifférenciation psychique que l'éprouvé « d'aspiration » vient ici illustrer.

Le « trou noir qui aspire » désigne les menaces d'engloutissement et d'absorption renvoyant à →

→ l'indifférenciation d'avec l'objet. La rencontre avec l'objet semble marquée à la fois par la terreur et la souffrance psychique renvoyant à une situation extrême de la subjectivité.

Kevin n'ayant pas pu se constituer un sentiment d'existence, lorsque l'objet s'en va, il disparaît avec lui, aspiré et inexistant. Ainsi, la parole de Kevin concernant sa relation conjugale prend tout son sens. Comme il l'indique, sa problématique n'est pas la jalousie, tout simplement parce qu'il faut que l'objet ait été créé pour qu'advienne ce sentiment. Sa dynamique psychique renvoie directement au sentiment d'existence pour l'autre, par l'autre, à la constitution d'un soi, différencié.

Sa relation conjugale est donc marquée par deux faces désignant l'indifférenciation à l'objet : une face où l'idéalisation est centrale, comme en témoignent les paroles de Kevin à l'égard de sa compagne, et une autre face où le recours à l'acte est mobilisé pour lutter contre les angoisses d'anéantissement. Ces deux faces révèlent le double pôle attractif et répulsif avec un objet impossible à constituer, prenant la forme d'un accouchement impossible.

L'indifférenciation d'avec l'objet nous renvoie au concept d'abject et, comme le dit Julia Kristeva (1980) : « *L'abject est ce qui n'est sujet ni objet mais qui sans cesse revient, révulse, repousse, fascine.* »

L'ÉCRITURE APRÈS-COUP, UN TRAVAIL POUR COMPRENDRE

Le concept d'a-bject permet de penser les éprouvés contre-transférentiels d'odeurs et d'images marquées par le dégoût envahissant l'espace des entretiens. Ces sensations ne sont réapparues à ma conscience qu'en amorçant ce travail d'écriture, comme si la trace écrite de ce suivi et la présence de tiers de notre groupe d'écriture permettaient un investissement du champ de mes sens jusqu'alors maintenues sous une forme négative. Nous pourrions avancer l'hypothèse que de manière contre-transférentielle j'ai, comme Kevin, « négativé » mes sensations corporelles. L'hallucination négative présente dans le contre-transfert met en évidence les éléments traumatiques d'une rencontre sensorielle impossible avec l'objet différencié, et par là même un contre-investissement de l'appareil perceptif.

De manière contre-transférentielle encore, il apparaît probable que le dispositif judiciaire d'éviction ait pour Kevin la même fonction de figuration, de « représentance », que le dispositif groupal qui m'a permis d'écrire, à savoir une fonction d'investissement perceptif nécessaire à une élaboration secondaire.

Notre dispositif partenarial offre une scène qui mobilise des tiers qui vont nommer, qualifier, et par la même injecter des éléments de figuration (des représentations chose) qui pourront dans un second temps être symbolisés par le sujet. Comme Kevin, ce travail dans notre dispositif d'écriture marque ma demande de ce que René Roussillon nomme « *le miroir négatif de soi* », de ce qui n'a pas été senti, vu ou entendu de soi (1999).

Le cadre du dispositif, et notamment sa fin signifiée par une dernière rencontre avec le chef de service et le psychologue, ne peut faire « cadre » (au sens de Kaës, 1994) pour Kevin. René Kaës, en effet, décrit quatre fonctions du cadre : une fonction de limite, de contenance, de transitionnalité et une fonction symbolique (1987). En raison de la dynamique psychique de Kevin, il apparaît que le transfert porte sur le cadre même du dispositif, à savoir l'articulation de plusieurs professionnels (service pénitentiaire d'insertion et de probation, service de médiation familiale, juge d'instruction) dont l'ensemble offre « une scène » où le négatif peut émerger. Ce dernier entretien, où la fin est nommée, apparaît comme une violence à l'endroit de Kevin dans la mesure où la séparation d'avec l'objet n'a jamais pu advenir, donc être élaborée.

À cet égard, et en référence aux travaux de Bernard Duez (2005), un axe de travail serait de pouvoir penser

Bibliographie

Anzieu D., 1987, « Les signifiants formels et le moi peau », *in Les Enveloppes psychiques*, Paris, Dunod.

Bion W., 1979, *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF.

Despinoy M. et Pinol-Douriez M., 2002, « Sensations et perceptions dans la clinique psychanalytique », *in Clinique psychanalytique de la sensorialité*, Paris, Dunod.

Duez B., 2005, « L'enfermement et les issues de l'indécidabilité », *in Adolescence, 4*, L'Esprit du temps.

Gimenez G., 2003, « La psychothérapie des patients psychotiques hallucinés », *in Cahiers de psychologie clinique, 21*, Paris, De Boeck.

Green A., 1993, *Le Travail du négatif*, Paris, Éditions de Minuit.

Kaës R., 1987, « Réalité psychique et souffrance dans les institutions », *in L'Institution et les institutions*, 2000, 2e éd., Paris, Dunod.

Kristeva J., 1980, *Pouvoirs de l'horreur, essai sur l'abjection*, Paris, Le Seuil.

Rabain J.-F., 2001, « L'angoisse d'engloutissement et scénario fétichique », *in Revue française de psychanalyse, 65*, Paris, PUF.

Roussillon R., 1999, *Agonie, clivage et symbolisation*, Paris, PUF.

Winnicott D. W., 1989, *Crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, Paris, Gallimard.

Winnicott D. W., 1975, *Jeu et réalité, l'espace potentiel*, Paris, Gallimard.

un dispositif-cadre qui remplirait sa fonction symbolique avec ce type de problématique psychique.
La fin du dispositif mobilise donc deux passages à l'acte. Le premier est celui du coup de téléphone ; il illustre à la fois la massivité transférentielle de Kevin et l'impossibilité de se séparer. Le deuxième est la récidive qui le conduit à une condamnation pénale.
La relecture du dossier judiciaire montre par ailleurs que Kevin est arrivé un poignet bandé à l'audience des suites d'une tentative du suicide faite entre le soir de notre entretien téléphonique et la récidive.
Au vu de ce qui nous avons compris de la problématique de Kevin, il apparaît que se répète, dans notre dispositif, la problématique pour laquelle il est venu. La fin du dispositif vient convoquer un manque existentiel intolérable qu'il met en scène trois fois.

POUR CONCLURE

Les trois actes (coup de téléphone, tentative de suicide puis récidive) et leur progression paraissent illustrer les différents pôles qui structurent sa vie psychique. Le coup de téléphone semble être un appel à l'autre, une demande d'aide qui s'inscrirait sur un versant névrotique ; la tentative de suicide serait marquée par le retournement de la destructivité et l'impossible rencontre avec un objet externe, transformateur et créateur de sens ; enfin, la récidive serait marquée par la compulsion de répétition de la rencontre traumatique avec l'objet.
Si l'un des intérêts de ce dispositif judiciaire est d'accueillir des sujets que nous ne rencontrons pas dans nos dispositifs de soin, ce travail théorico-clinique nous conduit à interroger le cadre même de nos dispositifs. Il apparaît, en effet, que dans certaines problématiques psychiques, le cadre de la prise en charge offre une scène de « représentance » (au sens de la figurabilité).
Ainsi la présence d'une écoute clinique articulée avec un dispositif judiciaire prend tout son sens pour les auteurs de violence conjugale dans la mesure où elle offre un espace de subjectivation de l'acte. Si cette distance nous paraît une condition nécessaire à la prévention de la récidive, nous ne pouvons qu'interroger la fin de ce dispositif (au moins dans notre département) du fait d'un manque de financement.
Par ailleurs, nous pouvons regretter cette perte en matière de recherche en psychologie clinique, et souligner les risques de la construction d'un modèle de pensée centré sur la seule parole des victimes.

Perversions narcissiques
À question déplacée, réponse décalée !



Anne Legraverand
Psychologue

Qu'est-ce qui peut conduire un pervers narcissique à consulter un psychologue ou un psychothérapeute ? Cette étude de cas vient illustrer l'impasse thérapeutique dans laquelle la prise en charge de cette pathologie peut conduire en l'absence d'une extrême vigilance du professionnel.

LA PERVERSION EN QUESTION

Depuis quelque temps, je suis confrontée dans ma pratique de psychologue à des demandes de suivi émanant de personnes fonctionnant sur le mode de la perversion narcissique. La question que je me pose est : Pourquoi des sujets supposés « ne pas souffrir » arrivent-ils dans mon bureau ? Et pourquoi semblent-ils être plus nombreux ?

Nous avons coutume de penser, dans notre profession, que le sujet qui se présente à nous le fait dans le cadre d'une demande d'aide parce qu'il souffre, et-ou parce qu'il souhaite faire un travail sur lui-même, bref il vient nous demander un soutien, un béquillage, une psychothérapie dans le but de diminuer, sinon d'effacer sa souffrance.

L'idée qui me vient pour qualifier ce suivi est celle d'une « thérapie à décharge » autrement dit d'une « pseudo-thérapie » visant à démontrer à un tiers (épouse, justice, société) la bonne foi du sujet. Ces patients semblent venir pour anticiper les reproches qui pourraient leur être faits. Ils semblent aussi se saisir du contexte qu'offre la société actuelle, notamment par les médias qui insistent sur le problème de l'insécurité, pour insinuer que nous pourrions tous être victimes. Là où, il y a quelques années, le statut de victime était quasiment inexistant, voire montré du doigt, de nos jours, il paraît parfois valorisant de s'en prévaloir. Lorsque l'on sait que la victimisation est une défense possible du sujet pervers, comment pourraient-ils ne pas s'en servir ? Pour autant, est-ce la seule raison qui incite ces personnes à venir nous voir ? Ne sont-elles pas animées par une souffrance réelle ? Le fait est que cette nouvelle population de « patients » pervers vient malmener le cadre de soin en jouant sur les limites de ce qui peut-être dit et surtout entendu par le thérapeute.

Prenons l'exemple d'un individu qui vient pour des problèmes de maltraitance sur des enfants. Il laisse entendre qu'il agit peut-être encore, mais n'en dit pas assez pour permettre qu'on le signale à la justice, ce qui déstabilise le thérapeute et remet en question toute dynamique créative susceptible d'intervenir dans la relation transférentielle. On nous enseigne que ces sujets ne souffrent pas et qu'ils se présentent avec « une idée derrière la tête ». Roger Gentis (1971) disait d'ailleurs que « *c'est précisément pourquoi il ne la voit pas* » ! Une question se pose : est-ce que le cadre thérapeutique ne leur est pas adapté ? Là où, jusqu'à présent, on tentait de les rejeter du soin, ne peut-on pas tenter de les y inclure désormais.

Le cas clinique proposé ici montre comment ces nouvelles demandes se présentent, en quoi elles peuvent nous « embarrasser » dans notre pratique, et quelle réponse nous pouvons leur apporter.

MONSIEUR C., SON COUPLE ET LES AUTRES...

En novembre 2010, je suis recrutée pour un poste de psychologue au centre médico-psychologique (CMP), service de consultations ambulatoires et pluridisciplinaires pour des adultes. Comme il est d'usage, la psychologue que je vais remplacer me passe le relais. Elle m'évoque alors la situation de monsieur C. et me dit de lui « qu'il présente bien ». Elle me décrit un homme d'une trentaine d'années suivi depuis près d'un an pour une addiction à l'alcool et à la suite de difficultés avec l'un de ses enfants, une fille. En effet, le père de sa femme aurait abusé de cette fille qui présenterait depuis des troubles du comportement.

Ce monsieur est marié, il travaille.

Je lui donne donc un premier rendez-vous. Depuis bientôt un an, je le vois à raison d'une fois toutes les trois semaines. Il se présente toujours souriant, mais ses propos sont plutôt

négatifs. Il me dit souffrir, ne pas se sentir soutenu par sa famille, avoir besoin de s'isoler. Il me dit aussi avoir le sentiment de tout faire pour sa famille, mais ne jamais rien recevoir en échange.
J'apprends en réunion d'équipe que sa femme est régulièrement hospitalisée dans notre service hospitalier, et suivie par un collègue psychologue.
Un jour que sa femme est hospitalisée, je le reçois en entretien : selon lui, tout va bien, mais à aucun moment il n'évoque l'hospitalisation de son épouse. Il ne parle pas non plus de sa fille qui, elle aussi, fait régulièrement des séjours à l'hôpital.
Dernièrement, madame C. s'adresse à l'équipe du CMP : elle aurait été frappée par son mari. Dans la même semaine, elle souhaite porter plainte et divorcer, puis elle se réconcilie avec lui. Madame C. ayant effectivement porté plainte, monsieur C. se retrouve en garde à vue pendant quarante huit heures, à la suite de quoi il contacte le CMP pour la première fois en son nom. D'ordinaire, il contactait les équipes pour avoir des nouvelles de sa femme, laissant parfois le sentiment aux soignants de chercher à obtenir des informations confidentielles la concernant, ou le soupçonnant de la dénigrer. Mais, cette fois, il appelle à l'aide. Il est alors reçu par une collègue infirmière à qui il parle des violences qu'il inflige à sa femme. Pour la première fois depuis plus d'un an, je peux me saisir de cette information sans craindre de trahir le secret professionnel qui nous lie à son épouse. Quand je le reçois, l'entretien se déroule comme d'habitude, il ne dit rien des difficultés qu'il vient de rencontrer dans son couple ces derniers temps.
Je m'autorise alors à lui parler de l'entretien qu'il a eu avec l'infirmière du CMP. Il ne semble pas réellement déstabilisé, et accepte de répondre. Il dit avoir frappé son épouse, car elle « l'insupportait ». Depuis son dernier appel à ma collègue, il a été convoqué par le juge. Il m'explique alors qu'il n'avait pas eu de sanction pénale, que l'enquête de voisinage a confirmé que sa femme était « insupportable », et que, pis, elle avait été sévèrement remise en cause par le juge qui estimait qu'elle provoquait l'animosité envers elle. Il me laisse entendre qu'il a perçu pendant l'audience une connivence entre lui et le juge, et que la victime dans cette histoire, c'est lui. S'il reconnaît que la violence n'est pas une solution, il me dit vouloir faire un travail de couple, mais en cas d'échec il serait « obligé » de redevenir violent.

S'il reconnaît que la violence n'est pas une solution, il me dit vouloir faire un travail de couple, mais en cas d'échec il serait « obligé » de redevenir violent.

LE SENS CACHÉ DE LA THÉRAPIE

Je me demande quel sens donner au suivi de monsieur C. qui ne manque jamais un rendez-vous. Il dit être très en souffrance, mais sa manière de se comporter est plutôt en désaccord avec ses propos : il est souriant, détendu, ajoute qu'il s'ennuie toujours, et qu'il s'estime victime de son entourage qui ne l'aime pas à sa juste valeur. Il dit aller très mal, n'appelle jamais à l'aide, et ne demande pas à me voir plus souvent. De mon côté, à aucun moment je ne le sens en danger. Une fois qu'il se plaint d'être mal, je lui propose de voir un psychiatre ou d'être hospitalisé, ce qu'il refuse.
Il a arrêté la consommation d'alcool qui le rendait, à son avis, violent et celle de la cigarette, non pas que cela l'ait rendu agressif, mais qu'il ne supportait pas de se sentir vieillir et de voir son corps se dégrader. Ce n'est qu'après la garde à vue qu'il me parlera de sa rechute dans l'alcool qui justifierait les violences : « *J'allais moins bien, je buvais, donc je l'ai frappée.* »
De plus, il dit ne pas supporter le manque de reconnaissance, notamment dans son travail où il se décrit soucieux de bien faire, mais s'effondre dès qu'il estime n'être pas reconnu à la hauteur de ce qu'il attend.
Je m'interroge sur son attitude au fil des séances. S'il n'évoque pas les conflits au domicile il se lance régulièrement dans des argumentations plutôt fines visant à me convaincre qu'il a raison et que sa femme a tort. S'agit-il d'un jeu de dupe ? J'ai parfois le sentiment qu'il se doute que je sais ce qui se passe à son domicile, tout en refusant d'en parler. Lorsque je le contredis, il le vit assez bien, ne semble ni contrarié ni déstabilisé et finit toujours par se ranger à mes remarques et opinions. Par exemple, il me dit aller border ses enfants tous les matins quand il se lève pour partir travailler à quatre heures du matin, et associe cela avec le fait « qu'il est un bon père ». Border un « enfant » de dix-sept ans me semble étrange. Je le lui dis. Qu'à cela ne tienne, il ne le fait plus. Je suis étonnée de voir la manière placide dont il réagit à mes remarques. Il n'a pas l'air dupe de mes réactions à ses propos, ce dont il accepte de parler. S'agissant des enfants, il dit ne rien éprouver pour eux et les trouve envahissants. D'ailleurs, me dit-il, si sa femme le quitte, il les abandonnera. Quand nous parlons de sa fille abusée sexuellement, il parle de sa femme, soi-disant abusée aussi. D'abord, elle se serait tue sur ce fait puis, quelques mois plus tard, elle le lui aurait avoué, ce qui paraît l'inquiéter. Nous revenons sur l'abus de sa fille abusée par son grand-père. Il me dit être persuadé que sa femme aussi en a été victime. Dans un premier temps, elle ne le confirme ni à son mari ni à l'équipe soignante. Quelques mois plus tard, elle le lui avoue, alors qu'il la questionne régulièrement sur ce sujet. Il lui demande si elle a ressenti du plaisir, et la considère comme une femme adultère puisqu'ils étaient mariés. →

→ Il me dit être anxieux par rapport à cette révélation. Le père ayant été incarcéré à la suite de cette révélation, monsieur C. dira vivre difficilement la séparation d'avec cet homme qu'il dit beaucoup apprécier. L'équipe me dit qu'il se montre très violent avec sa femme depuis cette révélation, la menace d'un couteau, et l'humilie en lui parlant de ces abus. J'apprends alors que son beau-père se serait montré très agressif et menaçant à leur égard lors du procès.
Paul-Claude Racamier disait : « *Tuez le pervers, il s'en fiche, humiliez-le, il se tuera.* » (Racamier, 1992.)
Je suis surprise de son calme pendant nos séances et quand je lui parle de sa violence contre sa femme. En ma présence, il se maîtrise, mais dit se sentir coupable. La question de la honte m'intrigue. La honte, en tant qu'elle implique de l'égocentrisme et l'absence totale d'empathie pour un autre qui souffre. Je cite la honte dans l'aspect égocentré qu'elle représente et l'absence totale d'empathie qu'elle implique, c'est-à-dire la honte comme n'étant pas une culpabilité, ce n'est pas la souffrance de l'autre qui met à mal, c'est l'image que l'on renvoie. Dans quelle mesure cette suspicion d'adultère n'est-elle pas à mettre du côté de la honte, honte de l'homme « trompé ». Honte de l'adultère qu'il imagine de sa femme, la mettant forcément du côté de la jouissance, dans le sens où il l'imagine actrice, en demande d'abus et non victime d'abus. Je le questionne sur ce qui l'a séduit chez son épouse, car il évoque sa vie de couple comme pauvre et sans intérêt. Monsieur C. est un homme présentant de bonnes capacités cognitives, une aisance sociale importante, ce qui n'est pas le cas de son épouse plutôt en difficulté. La différence entre eux est déroutante. Il me dit l'avoir choisie, car elle était « fragile et vulnérable ». Une autre fois, il dira qu'elle cherche le conflit, lui tient tête, qu'elle est un adversaire à sa taille malgré sa fragilité réelle.

Il sait ce qui est bon pour l'autre, on peut même dire de lui qu'il a le savoir sur la jouissance de l'autre.

DYNAMIQUE DE COUPLE ET DYNAMIQUE D'ÉQUIPE

Dès le début, ce patient me met dans l'embarras. J'ai le sentiment qu'il va bien (détendu, souriant, il investit sa vie, a des activités, présente des émotions nuancées…) malgré un risque suicidaire qui menace l'arrêt du suivi. Je perçois ce risque dans son discours, il dit « en avoir ras-le-bol », ne pas craindre la mort. Il évoque une histoire familiale compliquée où plusieurs hommes se sont suicidés de façon impulsive après que leur épouse fut partie. Pour plusieurs d'entre eux, le fait que leur épouse, cet objet de jouissance, ait réussi à sortir de cette contrainte imposée leur a été insupportable. Je maintiens donc la prise en charge de monsieur C. dont je ne vois la fin ni à court terme ni à long terme. J'ai le sentiment de devoir le « béquiller » dans ses moments d'effondrement brefs et puissants, quand les risques de passage à l'acte sont importants. Je me retrouve en position de ce que Paul-Claude Racamier (1993) appelait l'objet « *inanitaire*[1] » : en effet, il semble me refuser la possibilité de donner du sens à ses paroles et ne me prête aucune compétence. Il dit avoir toujours la même humeur, c'est tout. Son état ne semble pas évoluer. Cependant, il travaille et assume son quotidien plutôt aisément. Et pourtant le risque de le voir passer à l'acte me met dans l'incapacité de couper le lien thérapeutique, lui laissant la possibilité de parler de son mal-être. Paul-Claude Racamier (1993) évoquait l'immunité conflictuelle du pervers, voire l'impunité. En effet, je ne peux être qu'étonnée de l'impassibilité avec laquelle il évoque son parcours et les souffrances qui l'entourent. Il ne s'en cache pas : il ne ressent rien pour personne.
De sa relation avec son épouse et avec son entourage, on perçoit la manière dont il peut mettre l'autre à mal quand il se sent déstabilisé, quand l'autre échappe à son emprise. Ainsi lui est-il insupportable de vivre l'adolescence de ses enfants et leur prise d'autonomie. Dans sa relation de couple, il n'envisage à aucun moment la rupture. Il dit souhaiter les abandonner, mais lorsque j'évoque l'hypothèse d'une rupture à l'initiative de son épouse, il me répond calmement que cela ne lui paraît pas envisageable. Il sait ce qui est bon pour l'autre, on peut même dire de lui qu'il a le savoir sur la jouissance de l'autre. Ou, du moins, il pense le posséder, considérant que son modèle de penser et de faire est le seul qui ait une valeur. Il sait tout ce qui est bon pour les membres de sa famille et se refuse à écouter leur point de vue. Comme une dynamique fantasmatique lui est impossible, très vite, lorsque la colère est insupportable, il menace son épouse et se montre violent. Ce n'est pas que d'autres solutions sont inenvisageables, c'est qu'il ne peut s'en saisir. Malmener sa femme suppose de maintenir son contrôle sur elle, sa colère est sans limites, et rien ne peut l'apaiser. Des effondrements dépressifs interviennent quand l'objet lui échappe, qu'il s'agisse de sa femme, de ses enfants ou de son chef qui lui refuserait une promotion. Quand sa femme travaille, cela devient insupportable. Là où il disait ne pas apprécier le manque d'argent, il ne supporte plus son absence, pas plus qu'il ne tolérait sa présence au domicile, ou que ses enfants se dégagent de son emprise. De ce sentiment que l'autre n'est pas à la « bonne » place naissent les réprimandes. On peut se demander dans quelle mesure il ne jouit pas, à ce moment, de la position d'objet qu'il fait porter à l'autre. Il semble rencontrer des difficultés dans la concrétisation de ses limites (au sens spatial des limites de la personne). Cette problématique se ressent au niveau affectif, comme si son entourage proche était, en fait, une

partie de lui. Absence de limites qu'on ne retrouve pas avec l'entourage plus éloigné, ni avec les soignants que nous sommes. Ce qui diffère dans ces situations, c'est semble-t-il l'enjeu.

Comme monsieur C. ne manifeste aucun sentiment au cours de nos entretiens, je suppose qu'il ne porte aucun intérêt à l'autre (Hurni et Stoll, 2003) et, dans une certaine mesure, je pense qu'il omet de parler des problèmes et conflits non par dissimulation, mais par manque d'intérêt.

Cependant, il guette mes réactions à ses propos souvent violents, et chaque fois s'adapte à mes remarques. Comme le disent Maurice Hurni et Giovanna Stoll (2003), l'indifférence est une violence bien plus dure que la maltraitance. Il retire à sa famille la possibilité d'exister si ce n'est au travers de son regard. André Green (1992) parlait de « *désobjectalisation de l'autre* ».

UNE PATHOLOGIE FAMILIALE ENJEU DE L'ÉQUIPE DE SOINS

Il me faut entendre la manière dont réagit monsieur C. aux mouvements de son entourage : lorsqu'il apprend que sa femme a été abusée, il suppose chez elle de la jouissance ; face à la souffrance d'avoir eu le sentiment d'être trompé par sa femme, dans la mesure où il la suppose adultère, il externalise sa souffrance et lui fait du mal (Hurni et Stoll, 2003).

C'est l'équipe soignante qu'elle appelle à l'aide et non pas la justice : elle téléphone au CMP en criant sa souffrance. Monsieur C., mis au courant, nous téléphone pensant glaner des informations sur ce qu'elle a pu dire. Quand je reçois monsieur C., il semble venir témoigner du peu de fiabilité que représente le discours de sa femme sans jamais mentionner les esclandres qui viennent d'avoir lieu. Elle, de son côté, lui a tout pardonné.

Ce type de relations se répète dans plusieurs lieux : quand madame C. travaille, cela lui est insupportable ; ils mettent en scène leurs conflits pour leur voisinage : quand madame C. agresse les voisins, monsieur C. intervient, parfois violemment, pour l'arrêter.

Il se met en position de « néantiser » sa compagne en la maltraitant et en la discréditant avec force (Hurni et Stoll, 2003). Il agit de la même façon quand sa fille aînée demande à être écoutée et entendue, et indique alors qu'elle ne l'intéresse pas et qu'il préfère la confier à une aïeule de son entourage.

J'ai le sentiment qu'à un moment donné ce n'est plus dans la sphère privée que se jouent les conflits, qu'ils passent nécessairement par nous qui en sommes les témoins, mais des témoins muets, dans l'impossibilité de les dénoncer.

Il s'agit pour eux de nous mettre en position d'observateur à qui ils exhibent quelque chose de leur intimité, manière de nous prendre en otage. Il n'est pas question pour eux d'essayer de faire cesser ces comportements déviants, mais bien de les porter à notre regard. Quand monsieur C. dit que sa femme lui est insupportable, il dit également qu'il n'admettrait pas qu'elle le quitte : il semble en effet jouir de la voir se débattre contre ses attaques. Il ne cherche pas une femme qu'il anéantirait complètement, ce qu'il veut c'est maintenir le conflit. L'un et l'autre font durer les litiges d'autant que madame C. se dit incapable de le quitter.

Il est clair que cette femme joue un rôle dans les conflits et développe des comportements dysfonctionnants : elle fouille par exemple dans les affaires de son fils et encourage la violence à son endroit.

Éclairée par ces événements, je me demande si cette famille n'est pas prise dans une dynamique incestuelle.

On peut s'interroger sur le masochisme que manifeste son épouse (Hurni et Stoll, 2003) en semblant jouir de la position d'objet qu'elle s'inflige et de notre regard.

Finalement, j'ai le sentiment que nous avons tous, à notre façon, une place d'objet pour cette famille au fonctionnement (dysfonctionnement) pervers. Nous voici coincés comme des voyeurs « obligés » dans une impossibilité de couper le lien avec cette prise en charge impossible pour monsieur C. dont la tendance suicidaire est atténuée par le béquillage offert par l'équipe soignante, d'une part ; pour madame C. dont la détresse réelle, et la vulnérabilité la maintiennent à l'hôpital.

UNE OUVERTURE

J'ai eu le sentiment qu'à un moment donné Monsieur C. venait témoigner de quelque chose dans mon bureau. Il venait témoigner non d'un travail de deuil relatif à une souffrance, mais plutôt comme on témoignerait devant un jury. Il est venu m'exposer son statut de victime, me démontrer à quel point il est malmené par ses pairs de façon générale, attester de son bon fonctionnement, et de la déviance de l'autre.

Le lien avec la pulsion scopique[2] se questionne aussi.

Le couple C. semble nous mettre en position de tiers



Bibliographie

Gentis R., 1971, *Guérir la vie*, Paris, Maspéro.

Green A., 1992, *La Folie privée*, Paris, Gallimard.

Hurni M. et Stoll G., 2003, « Perversion narcissique dans les couples », *in Revue française de psychanalyse, 67* : 873-893.

Racamier P.-C, 1992, *Le Génie des origines*, Paris, Payot.

Racamier P.-C., 1993, « Pensée perverse et décervelage », *Gruppo, 8*, Paris, Aspygée.

Notes

1. « *Se dit d'un sujet soumis à une emprise intrusive* » (Racamier, 1993).

2. Scopique : « Relatif à une pulsion qui met en scène la dialectique entre "regarder" et "être regardé", en particulier lors du développement de la phase du miroir (Lacan).

observateur de leur transgression, peut-être même en position de « voyeur ». Il tente de nous maintenir dans une position de témoins impuissants, qui permet à l'acte de se parer de la jouissance d'être découvert sans être dénoncé. Pour autant, doit-on réduire ces prises en charge à ce qui relève de la jouissance ? Dans ce couple, la question de l'effondrement dépressif est latente. Monsieur C. se présente parfois dans un état d'anéantissement total, où l'absence de jouissance liée à l'emprise qu'il a sur son entourage devient insupportable. C'est à ce moment-là que le risque de passage à l'acte suicidaire est le plus grand.
C'est quand il parvient à re-pervertir le lien que le cadre se restaure.
Si, au début de mon intervention, je n'ai vu qu'un jeu de dupe à ce suivi, j'ai finalement été menée à en questionner un sens possible.
Il s'est agi alors pour moi de permettre à monsieur C. de le situer entre les limites de la loi sans le priver de ce qui l'empêche de passer à l'acte : sa position de victime. Il est indéniable que monsieur C. souffre, même s'il s'interdit toute possibilité de modifier son type de relation aux autres. Il est impératif de tenter de se dégager au plus vite du jeu de dupe que monsieur C. induit en ne permettant pas de faire état des comportements de son épouse prise en charge par mes collègues.

> *Le couple C. semble nous mettre en position de tiers observateur de leur transgression, peut-être même en position de « voyeur ».*

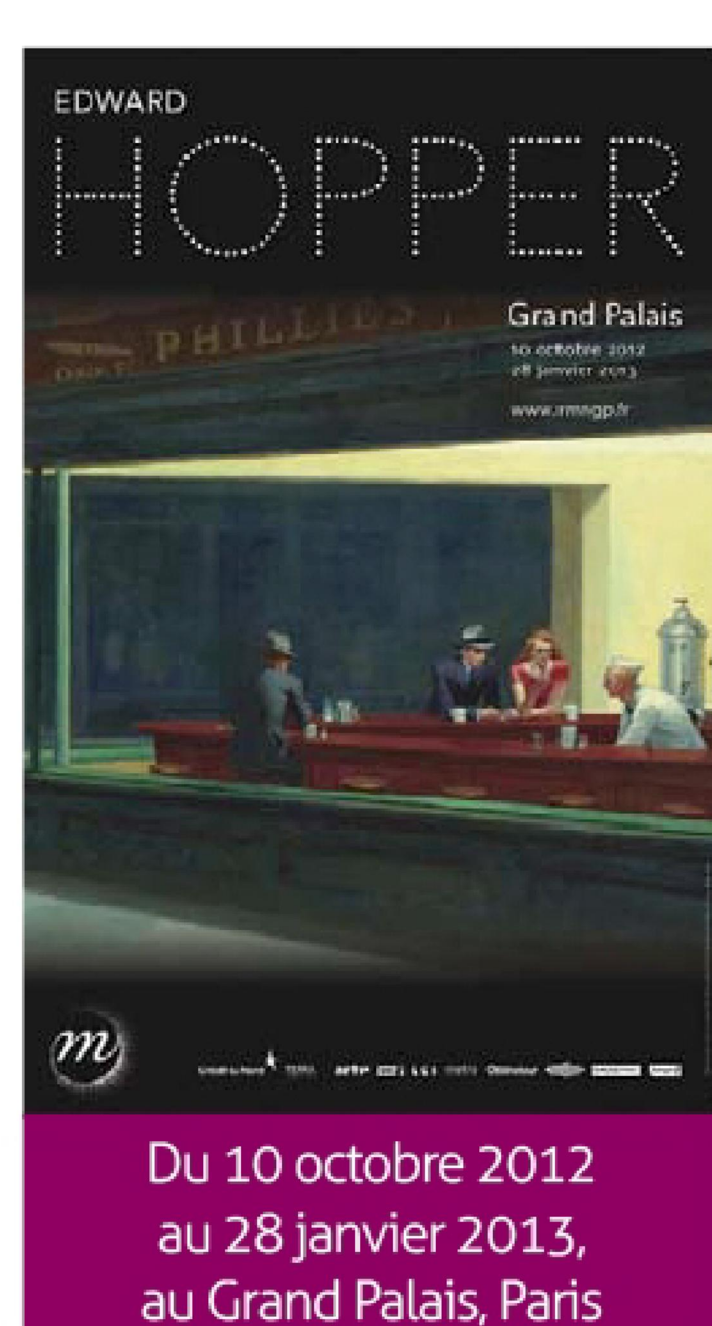
Une question s'impose à moi : l'arrivée en grand nombre de ce type de prises en charge ne nous incite-t-elle pas à retravailler la question de la demande et du cadre de la psychothérapie ?
J'ai le sentiment d'avoir eu dans le cas présent à me resituer, à faire de nouvelles propositions au niveau du cadre de nos entretiens. À ce moment où j'ai dû apprendre à maîtriser différemment mes réactions lors des rencontres avec monsieur C., je m'interroge sur la place de la pratique ou de la praxis – entendue comme la « théorie » – et de celle de la connaissance théorique apportée par l'université et les livres.

La vie silencieuse
Edward Hopper

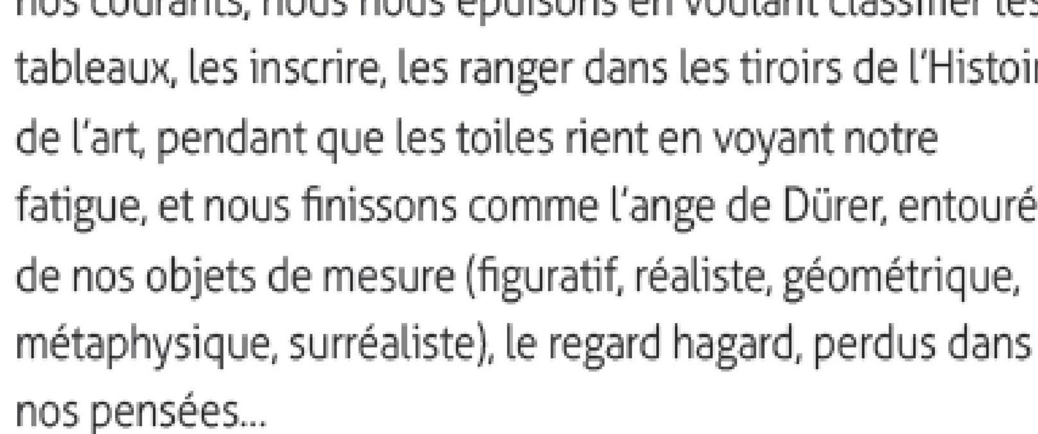
Comment le dire ? Des gravures, des illustrations, des aquarelles, un grand nombre de ses tableaux, mais aussi des œuvres de peintres qui ont compté dans la formation artistique de Hopper, tels Albert Marquet, Félix Valloton, Camille Pissarro, ou encore des peintres américains comme Thomas Eakins, Robert Henri, Walter Sickerts… Bref, une rétrospective exquise à travers laquelle on suit le parcours du peintre, pas à pas. Exquise et troublante : la lumière, les grands espaces, les maisons, la solitude des personnages, les décors, la vie silencieuse et inquiétante… Voici quelques mots qui essaient en vain de circonscrire « l'expérience Hopper »…

COURIR DES COURANTS

Lorsque j'observe les tableaux du peintre américain, je suis toujours surpris de voir comment s'installe d'emblée un premier tiraillement : l'impression d'être face à ce que l'on appelle des tableaux « figuratifs » – Hopper étant connu comme l'un des grands représentants du réalisme américain –, tout en étant toujours emporté au-delà des apparences, dans un lieu à l'intérieur de nous-même que ses tableaux nous aident à découvrir. La réalité de ces toiles ne peut pas être définie par ce théâtre vide, cette femme seule dans sa chambre, cette station essence. Hopper part de la narration, mais pour la placer ailleurs. Dans ce sens, quelques critiques ont rapproché son œuvre de celle de Georgio de Chirico. Je n'avais pas vu les ponts, et j'ai été surpris au début. Mais il suffit de penser aux figures de Chirico, aux grands espaces solitaires qui les entourent, il suffit de penser à la nuit qu'il verse sur ses tableaux pour entendre Hopper et ses échos



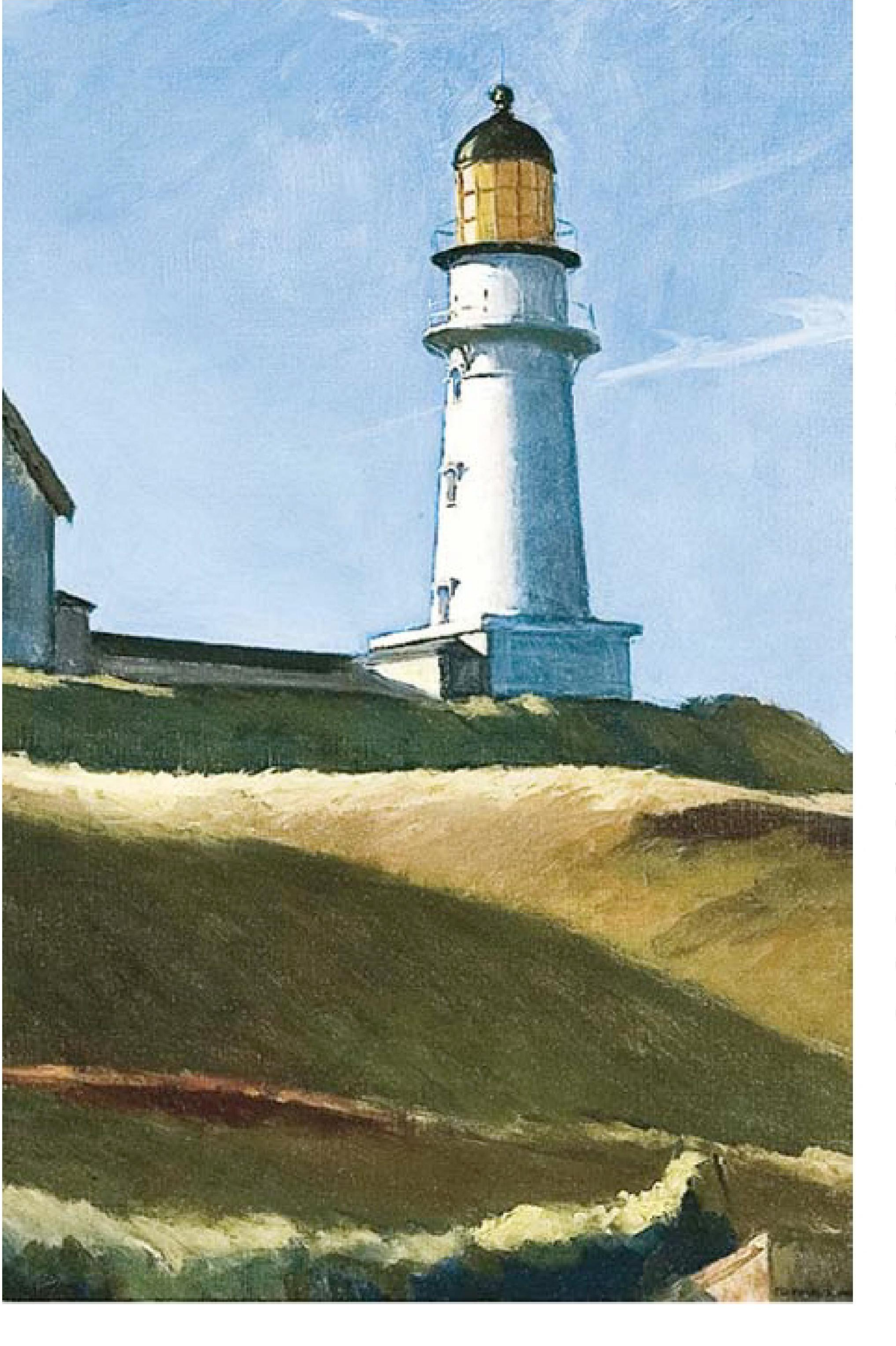
Du 10 octobre 2012 au 28 janvier 2013, au Grand Palais, Paris



mélancoliques. La vie et ce qui l'assombrit apparaissent dans les tableaux de Hopper grâce à la matière picturale, mais pour la dépasser. Nous et nos écoles, nos concepts, nos courants, nous nous épuisons en voulant classifier les tableaux, les inscrire, les ranger dans les tiroirs de l'Histoire de l'art, pendant que les toiles rient en voyant notre fatigue, et nous finissons comme l'ange de Dürer, entourés de nos objets de mesure (figuratif, réaliste, géométrique, métaphysique, surréaliste), le regard hagard, perdus dans nos pensées…

SILENCIO

Un critique de cinéma disait qu'Antonioni savait filmer le vent. Hopper, quant à lui, peint le silence. *Silencio* est le nom de ce club étrange qui apparaît dans *Mulholland Drive* de David Lynch, et le réalisateur affirme avoir puisé son inspiration dans les tableaux du peintre. Nombreux sont les cinéastes qui ont d'ailleurs voulu emmener le regard de Hopper sur l'écran : Wim Wenders, Jim Jarmusch, Terrence Malick, les frères Cohen, sans oublier Alfred Hitchcock qui s'est inspiré de *House by the Railroad* – tableau présent dans cette exposition – pour imaginer la maison de Norman Bates. De son côté, Hopper aimait le cinéma : lorsque l'ombre de l'objet tombait sur lui et qu'il se sentait en panne d'inspiration, il allait changer d'obscurité et regardait des films sans cesse. La trace est dans ses toiles, dont certaines semblent des photogrammes accueillant les scènes des films noirs américains.



Hopper était un homme silencieux et mélancolique. John Dos Passos disait qu'il avait souvent l'impression que Hopper « *était sur le point de dire quelque chose, mais qu'il ne le disait jamais* ». J'aime beaucoup cette observation de Dos Passos, elle m'aide à regarder les tableaux du peintre : lorsque l'on voit ces femmes qui regardent par la fenêtre, ces hommes égarés, on sent leur fatigue, on sent qu'ils sont sur le point de dire quelque chose, mais ils restent sur le bord, habitants d'un monde immobile. Peut-être est-ce le silence qui contribue à créer cette vie immobile et inquiétante ? Est-ce le silence qui vient nous inquiéter ? Entendons ces mots de Malebranche et pensons que c'est Edward Hopper qui nous les adresse : « *Non, je ne vous conduirai pas dans une terre étrangère, mais je vous apprendrai peut-être que vous êtes étrangers vous-mêmes dans votre propre pays* [1]. » On peut aussi imaginer qu'il s'adresse à son propre pays, au moment de l'industrialisation, du rythme trépidant, de l'éloge de la machine, en lui montrant l'envers du décor, l'autre visage de la modernité.

Même s'il y a aussi des « clairières » dans l'œuvre de Hopper, elles sont toujours porteuses de menaces. Il suffit de penser à la lumière qui émane de ses tableaux, comme dans *Lighthouse hill* (1927) notamment (*voir ci-dessus*), où la lumière est d'une clarté éblouissante lorsqu'elle brille sur la maison et le phare. Mais le point de vue choisi par le peintre, les nuages, dessinent la présence de l'inquiétant. Idem pour l'érotisme qui apparaît dans plusieurs tableaux, mais entouré d'ombres, ce qui lui rend difficile de trouver sa place.

LE DERNIER TABLEAU

Le dernier tableau peint par Hopper, qui clôt l'exposition, s'appelle *Two Comedians, Deux comédiens*. Il fut peint en 1965 et montre deux comédiens déguisés en clowns qui viennent saluer leur public à la fin du spectacle. L'homme semble nous présenter sa femme, Edward et Jo Hopper en fait, la toile ayant été achevée quelques mois avant la mort du peintre. Le clown attablé du *Soir bleu* (1914), entouré des personnages de la nuit parisienne, a cédé sa place à cet autre clown qui, son œuvre accomplie, vient saluer son public et remercier sa femme.
Je pense ici à Prospero, le vieux magicien de *La Tempête* de Shakespeare qui, dit-on, prend les traits de son créateur et remercie son public dans sa dernière tirade. Il y a néanmoins quelque chose qui me dérange dans cette manière apaisée de nous présenter la fin de son œuvre. Vous connaissez sans doute les vers de Dylan Thomas :

> « *Do not go gentle into that good night,*
> *Old age should burn and rave at close of day*
> *Rage, rage against the dying of the light.* »
>
> « N'entre pas sans violence dans cette bonne nuit,
> Le vieil âge devrait brûler et s'emporter à la chute du jour
> Rager, s'enrager contre la mort de la lumière. »

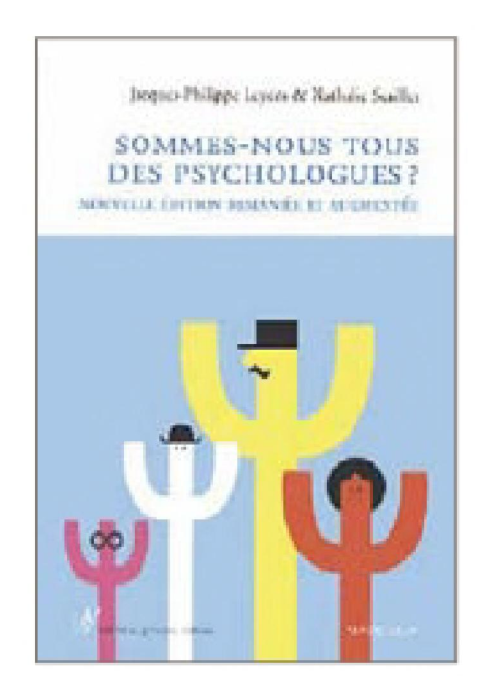
Il adresse ces vers à son père qui est malade, devient aveugle et sent la mort approcher. Je pense également ici à la manière dont Edward W. Said [2] reprend le terme de « *style tardif* », proposée par Adorno, pour comprendre la dernière partie de l'œuvre de Beethoven : le style tardif de Beethoven (les derniers quatuors, quelques sonates) ne viendra pas nous proposer des œuvres de conclusion, des œuvres d'aboutissement, mais plutôt des œuvres dérangeantes, qui produisent le malaise chez l'auditeur. L'harmonie attendue cède la place à une stridence, à un son sauvage. J'ai envie de penser que le dernier tableau de Hopper porte en lui quelque chose d'ironique, le spectateur peut penser que le spectacle est fini, qu'il a passé un bon moment et qu'il peut maintenant rentrer chez lui, tranquille, mais l'artiste a ouvert toutes les boîtes de Pandore, et il nous laisse avec la pensée en déroute, irréconciliés.

Miguel de Azambuja

Notes

1. Malebranche N., *Entretiens sur la métaphysique et la religion*, cité *in* Hameury J.-P., 1997, *Hopper*, Bédée, Éditions Folle Avoine.

2. Said E. W., 2012, *Du style tardif*, Arles, Actes Sud.
Il est vrai que le concept de « style tardif » suppose une rupture avec l'œuvre antérieure et ce n'est pas le cas de la dernière période d'Hopper. Mais nous voulons surtout rappeler l'aspect dérangeant de son œuvre, même dans ses derniers tableaux.



Mardaga, 2012
225 p., 25,24 €
ISBN : 978-2-8047-0101-7

Sommes-nous tous des psychologues ?

Jacques-Philippe Leyens et Nathalie Scaillet

La provocation du titre correspond bien à l'ouvrage, jeu de mots sur les deux usages du terme « psychologue » : l'un désignant, bien sûr, notre profession, et le second l'acception courante qualifiant la compétence d'une personne à deviner les autres.

Un chercheur en psychologie sociale et une psychologue psychothérapeute nous mettent au défit d'être au clair avec les impressions que nous nous faisons d'autrui, de fait, avec la conscience que nous avons des enjeux de notre profession et du positionnement qu'elle sous-entend. Être au clair avec ce que signifie « être un psychologue » par rapport à « être psychologue », comme on pourrait être discret, perspicace ou indifférent.

Existe-t-il une différence dans les compétences à se faire une idée de qui est en face de nous ? Et lorsqu'elle existe, en quoi devrait-elle consister ?

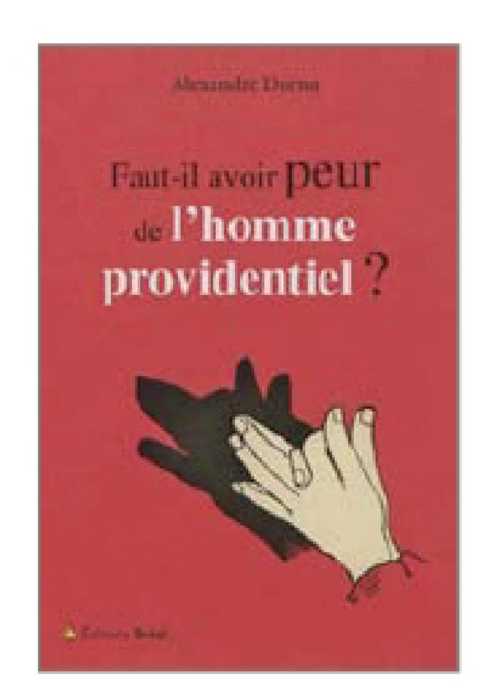
Pour étayer cette réflexion, les auteurs s'appuient essentiellement sur les travaux de psychologie sociale portant sur les « impressions ». Ces caractéristiques que l'on attribue à l'autre et qui, pour nous, finissent par le définir. Pourquoi sur un objet d'étude en apparence aussi flou ? Parce que, justement, tester la valeur de ce flou, la manière dont il se constitue et vérifier si ces impressions sont aussi floues qu'elles le paraissent, est une bonne manière de chercher à mettre en évidence si les impressions d'une personne lambda sont similaires ou non à celles que se fait un psychologue, qu'il soit dans l'exercice de sa profession ou non. En un mot, travaillons-nous à partir des faits observables sur la base desquels nous étayons nos interprétations, diagnostics ou actions, ou nous fondons-nous sur nos impressions ? Et, si oui, quelle peut bien être leur validité ?

Et pour répondre à ces questions, la démonstration faite par les auteurs est, quant à elle, tout sauf floue, et se fonde sur l'ensemble des travaux qui ont pu exister dans le domaine – à savoir tout ce qui concourt aux développements de nos habiletés à se situer dans un contexte et, plus précisément, dans les relations interpersonnelles – présentés et discutés selon les critères suivis par toute démarche scientifique.

Cet ouvrage, adressé aux psychologues, serait aussi finalement le meilleur plaidoyer pour défendre la profession, si toutefois chacun de ses membres veillait à la respecter et à la faire respecter. La meilleure réponse à chaque professionnel ne portant pas le titre de psychologue, mais s'illusionnant sur sa compétence à exercer en tant que tel. Tout un chacun a quelques réflexes et repères en matière de maladie et de thérapeutique médicamenteuse, pour autant, personne ne s'illusionne sur sa légitimité à exercer en tant que médecin s'il ne l'est.

Alors qu'il en soit de même pour l'exercice en tant que psychologue. Qu'il soit réservé aux psychologues et que les psychologues l'exercent avec réserve et circonspection.

Delphine Goetgheluck



Éditions Bréal, 2012
175 p., 14,50 €
ISBN : 978-2-7495-3128-1

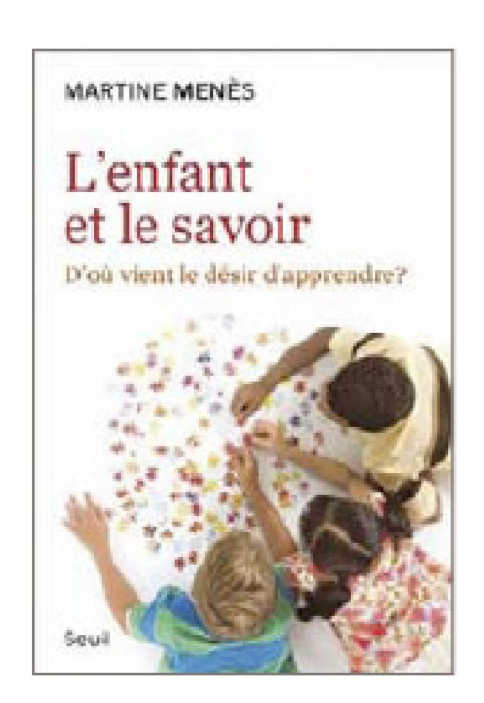
Faut-il avoir peur de l'homme providentiel ?

Alexandre Dorna

Dans le langage de l'analyse politique, le terme « populisme » émerge comme une évidence sémantique. Pour autant, ce n'est qu'une apparence : aucun terme n'est aussi polysémique, renvoyant à des réalités se situant aux extrêmes politiques, à des modèles historiquement différents, aussi bien que culturellement marqués. Ce petit livre d'Alexandre Dorna, professeur de psychologie sociale et politique, vient opportunément mettre un certain ordre dans cette confusion généralisée. Il analyse aussi bien le populisme latino-américain qualifié de « pittoresque » et « imaginatif », que celui des États-Unis s'inspirant des mythes fondateurs de l'Amérique, que celui de la Russie ou encore le populisme français dont tout le monde connaît les figures actuelles, sans oublier les plus anciennes, devenues emblématiques tels le poujadisme et le boulangisme. Si le populisme renvoie bien entendu au peuple, cette notion de peuple renvoie, quant à elle, à une double connotation : celle de l'unité retrouvée, d'un côté, celle d'un peuple amorphe et ignorant, de l'autre. L'étude historique permet à l'auteur d'aborder le cœur de l'analyse psychopolitique, celle qui étudie en quoi le populisme, s'il révèle les mécontentements et les impasses des issues politiques classiques, révèle aussi le rôle des médias dans le néopopulisme actuel renforcé par la mondialisation et la situation de crise. C'est là qu'apparaît l'homme charismatique avec ses multiples figures et ses différentes formes de discours.

En définitive, faut-il avoir vraiment peur du populisme ? Alexandre Dorna prône pour l'instauration d'un véritable débat qui permettrait de dépasser l'image populiste classique qui en trace les grands traits, mais se refuse à en analyser sérieusement la possible légitimité, tout en se refusant aussi à en construire une véritable théorie. Enfin, il propose d'avancer un certain nombre de pistes qui pourraient conduire à penser le populisme, et pourquoi pas conduire à son bon usage.

Patrick Conrath



Le Seuil, 2012
170 p., 17,50 €
ISBN : 978-2-02-096012-0

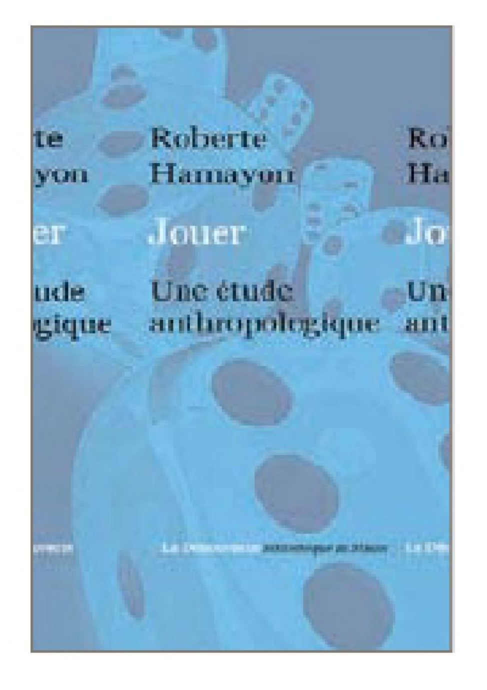
L'enfant et le savoir
D'où vient le désir d'apprendre ?
Martine Menès

Certains l'ont, d'autres moins ! D'où vient-il donc ce désir de savoir qui anime plus ou moins tout un chacun ? Par conséquent, quels en sont aussi les obstacles ?

Bien sûr, derrière le questionnement de Martine Menès, c'est celui de la difficulté, voire de l'échec scolaire, qui est posé. Les motifs de consultation pour non-investissement, difficultés spécifiques et autres « paresses » scolaires, sont nombreux. Souvent, ces difficultés sont traitées par des réponses pédagogiques qui font double emploi avec les propositions faites par l'école et ne débouchent pas sur le succès attendu, et ce, d'autant plus que l'enfant ne présente pas de trouble qui puisse justifier cet échec. Ainsi, l'auteur, à la lumière d'une clinique très riche qui étaye sa pensée, inscrit le désir d'apprendre dans l'histoire de l'enfant : depuis la dépendance du début de la vie, de l'envie d'en sortir, mais aussi des désirs qui lui sont adressés, tout comme de la mise en œuvre du refoulement, l'enfant est « poussé vers le savoir » ou, au contraire, retenu dans son élan.

Ce livre de Martine Menès est si limpide qu'il n'est pas réservé uniquement aux psychanalystes et aux psychologues. Il s'adresse à tous ceux qui ont un rôle à jouer auprès des enfants, et pas seulement aux acteurs de l'école, même si on ne peut que vivement le conseiller à tout enseignant ou futur enseignant en quête d'un nouvel éclairage sur les origines et le maintien du désir d'apprendre.

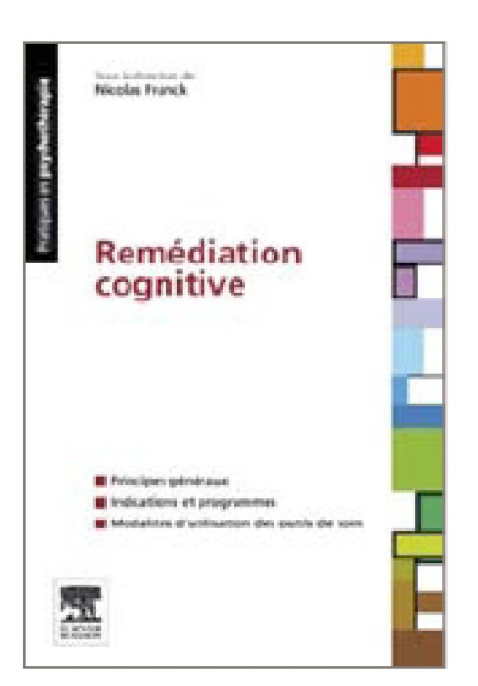
Geneviève Djenati



La Découverte, 2012
369 p., 26 €
ISBN : 978-2-7071-6491-9

Jouer
Une étude anthropologique
Roberte Hamayon

« *Plus encore que les jeux, c'est la notion même de jouer qui semble négligée par l'anthropologie.* » Sur ce terrain en partie délaissé par la recherche, l'auteur nous conduit dans une étude rigoureuse du jeu, des significations données à l'acte de jouer ou à ne pas jouer, de l'implication du corps, de ce que cela suppose dans la construction de soi et dans la relation à l'autre… En s'appuyant sur la vaste palette de jeux qui s'offre à nous, des jeux d'enfants à ceux de l'amour, en passant par le sport, la chance, les croyances, aujourd'hui et autrefois, ici et ailleurs… Roberte Hamayon s'arrête sur l'implication du psychisme dans l'action de jouer, ses répercussions sociales et politiques, ou encore sa possible dimension masculine. C'est un livre savant, écrit dans un style précis et agréable.



Elsevier Masson, 2012
310 p., 37 €
ISBN : 978-2-294-71342-2

Remédiation cognitive
Sous la direction de Nicolas Franck

Sous ces deux mots se cache une panoplie d'outils thérapeutiques destinés à améliorer les fonctions déficitaires des personnes atteintes de troubles psychiatriques ou post-traumatiques. Dans cet ouvrage riche et documenté, un collectif d'auteurs témoigne de leur pratique quotidienne avec des patients aux pathologies diverses, des cadres dans lesquels ils exercent, des procédures mises en place pour optimiser leur intervention au cas par cas. Chaque programme est présenté dans son contexte thérapeutique et illustré par les actions précises menées en période de stabilité clinique, en complément d'une thérapie psychiatrique ou médicamenteuse. À l'appui de la recherche appliquée et théorique, les auteurs prennent soin de démontrer la pertinence de la méthode.

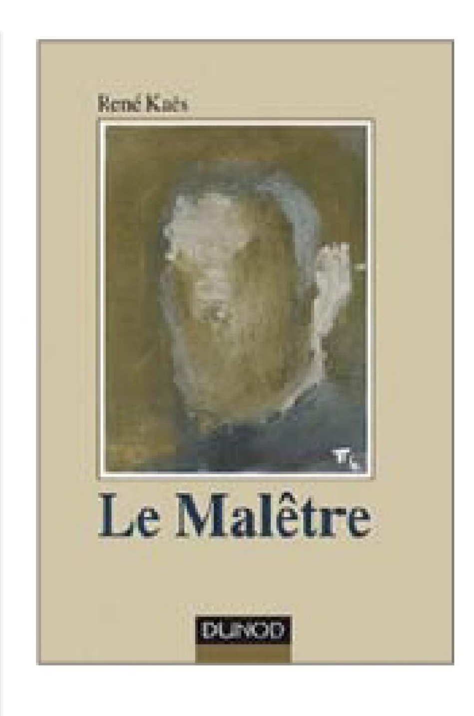


Le père et ses noms

Pierre Bruno

Voici un grand livre qui tient dans une poche : il recense en 173 pages les questionnements de Sigmund Freud et de Jacques Lacan sur le père et ses noms. Le parti pris de l'auteur est simple : il déroule les étapes théoriques majeures de la relation au père dans une chronologie. Du père, « *principal pourvoyeur de névrose* », comme l'écrit Freud à Fliess en 1893 avant d'affiner sa pensée, au père, absolument présent « *d'être comme absent* », décrit par Lacan, Pierre Bruno aborde les grandes questions chères aux deux penseurs que le premier développe tout au long de ses écrits, et l'autre au cours de ses séminaires. Cet ouvrage est le fruit d'un travail collectif de dix psychanalystes dont les contributions ont été réunies par Pierre Bruno.

Érès, 2012
173 p., 12 €
ISBN : 978-2-7492-3352-9



Le Malêtre

René Kaës

Le malêtre évoluerait-il en fonction de la mutation de nos sociétés ? De quels symptômes se pare-t-il désormais ? La psychanalyse s'adapte-t-elle à ces nouvelles expressions du malaise ? « *Aujourd'hui, il s'agit de faire la part de ce qui* [...] *revient aux déterminants culturels du malêtre propre à une époque.* » Dans cet ouvrage, René Kaës montre comment le travail individuel ou en groupe, dans la famille ou en institution, révèle des souffrances psychiques liées à la modernité, que la psychanalyse traditionnelle doit repenser. Notre époque de l'urgence, de la confusion des limites, de la dislocation de l'espace, des écarts du temps, inflige à notre psychisme des bouleversements sur lesquels l'auteur s'arrête ici un moment.

Dunod, 2012
278 p., 26 €
ISBN : 978-2-10-058182-5

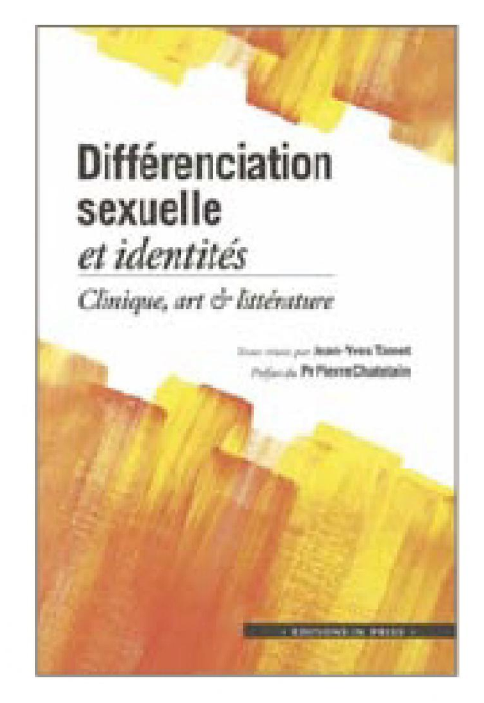


Papa, maman, le juge et moi
Le travail d'un pédopsychiatre, expert auprès des tribunaux

Georges Juttner

Que l'enfant soit au cœur d'un conflit ou auteur d'un délit, la justice s'en charge, mais la loi est souvent embarrassée pour dénouer des situations où l'intimité des enfants est en jeu. À la demande des tribunaux, Georges Juttner, pédopsychiatre et psychanalyste, exerce depuis trente ans la fonction d'expert quand le juge doit prendre en considération la parole des enfants, ce qu'ils disent, ou ne disent pas. Extraits d'expertises, rapports, commentaires, illustrent les quelque deux mille missions que l'auteur a menées dans ce cadre spécifique qu'est la scène judiciaire où se joue l'avenir de ces jeunes. Il nous conduit à cette occasion dans les dédales des procédures judiciaires qui s'imposent à tous les professionnels tant du droit que de la psychologie..

Gallimard, 2012
286 p., 21,50 €
ISBN : 078-2-07-012858-7



In Press, 2012
166 p., 20 €
ISBN : 978-2-84835-241-1

Différenciation sexuelle et identités
Clinique, art et littérature

Textes réunis par Jean-Yves Tamet

Sous quel angle présenter la délicate question de la différence sexuelle quand la nature la met à l'épreuve de l'anormalité ? Les contributions réunies dans cet ouvrage s'inscrivent dans des pratiques professionnelles diverses et s'inspirent de la personnalité de leurs auteurs et du rapport qu'ils entretiennent avec le sujet. Endocrinologues, psychiatres, psychanalystes, sociologues, anthropologues, médecins, écrivains, éclairent ici de manière différente ce qu'il advient quand la nature dysfonctionne mystérieusement, et ce que cela implique pour ces enfants pas tout à fait fille et pas tout à fait garçon, leur famille, la société. Ce livre s'adresse autant aux professionnels et équipes soignantes qui entourent ces enfants qu'aux familles.



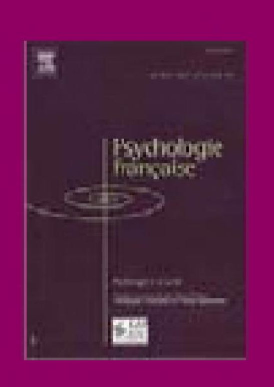
Santé mentale

Dossier « Pourquoi la visite à domicile ? »

Située au cœur de la pratique de secteur depuis la circulaire du 15 mars 1960, la visite à domicile en psychiatrie est une pratique délicate. Entre outil de contrôle social fantasmé parfois et réel outil de soins, elle a fait naître une clinique qui lui est propre. Spécificité et pertinence de ce type d'intervention de soin.

Avec, entre autres, les contributions de J.-P. Lanquetin, Ph. Quinet, D. Friard, E. Djaoui, A. Eiguer…

Acte Presse, 2012, *170* / 80 p., 12 € / *ISSN : 1273-7208*



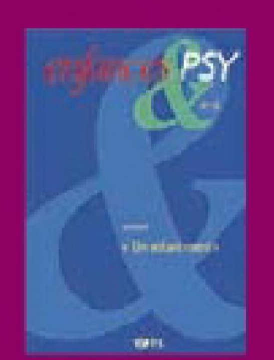
Psychologie française

Dossier « Psychologie de la santé »

La psychologie de la santé a connu un grand essor au cours des dernières années. Et ce dossier, sous l'impulsion de l'Association francophone de psychologie de la santé (AFPSA), s'attache à présenter, de manière non exhaustive, les différentes approches et travaux développés dans le cadre d'équipes de recherche et de professionnels de terrain investis dans ce domaine.

Avec, entre autres, les contributions de T. Apostolidis, L. Dany, L. Muller, E. Spitz, A. Untas, M. Koleck, N. Rascle, M. Bruchon-Schweitzer…

Elsevier Masson, 2012, *57 (2)* / pp. 63-142 / *ISSN : 0033-2984*



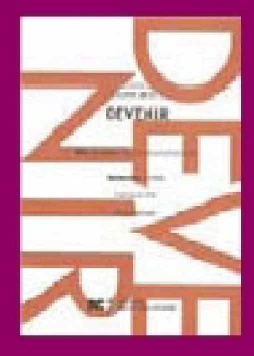
Enfances & Psy

Dossier « Un enfant ment »

Un adolescent peut-il ne pas mentir ? Que viennent signifier des mensonges récurrents ? Comment apparaît et se développe la capacité de mentir ? Le mensonge peut-il s'avérer salvateur lorsque la réalité est trop violente ? Et quand ce sont les adultes qui mentent aux enfants ? Autant de questions sur le mensonge, et donc sur son pendant, la vérité, auxquelles les auteurs ont consacré leur réflexion.

Avec, entre autres, les contributions de P. Huerre, F. Hocini, F. Dutrait, M. Bennabi-Bensekhar, M. Poget, D. Marcelli, S. Korff-Sausse…

Érès, 2012, *53* / 166 p., 18 € / *ISSN : 1286-5559*



Devenir

En parallèle d'articles sur la présentation et la validation de l'indicateur pédiatrique du modèle d'attachement ou encore le stress prénatal, c'est un article très fouillé que nous proposent Roger Lécuyer et Karine Durand sur les premières connaissances du bébé, dans lequel ils dressent un état des lieux du débat constructivisme / nativisme chez le très jeune enfant.

Avec les contributions de R. Lécuyer, K. Durand, N. Favez, S. Berger, L. de Noose, T. Gallois et J. Wendland.

Médecine et Hygiène, 2012, *24 (3)* / pp. 181-264, 30 € / *ISSN : 1015-8154*



Journal français de psychiatrie

Dossier « La famille et ses évolutions contemporaines »

« *La famille a changé et, avec celle-ci, les discours que nous tenons sur elle.* » Des thématiques telles que les mutations de la famille chinoise, l'évolution sociohistorique de la famille, la chambre de l'enfant dans l'espace familial, la résidence alternée, l'engendrement avec tiers donneur… ont fait l'objet de la réflexion de professionnels divers, philosophes, psychanalystes, psychosociologues, historiens ou encore sociologues.

Avec, entre autres, les contributions de H. L'Heuillet, A. Renaut, P.-H. Tavoillot, D. Weiss, J. Froissart, J.-P. Lebrun, S. Cadolle, I. Théry, Ch. Melman…

Érès, 2012, *37* / 48 p., 20 €



La Revue lacanienne

Dossier « Le fantasme de nos enfants »

Avec notamment une contribution de Marie-Christine Laznik sur la clinique du fantasme, et plus particulièrement sur les répercussions que peuvent avoir les fantasmes maternels sur la constitution du fantasme infantile. L'auteur présente ici le travail d'une année auprès d'une mère et de son bébé, dans un contexte de deuils qui se répètent sur deux générations.

Avec, entre autres, les contributions de M. Lerude, C. Tyszler, C. Ferron, A. Petraud Perin, H. Bentata, M. Bergès-Bounes, S. Calmettes, J.-M. Forget…

Érès, 2012, *12* / 200 p., 23,50 € / *ISSN : 1967-2057*

ET AUSSI…

Dialogue
Dossier « Corps et souffrance familiale »
Érès, 2012, *197*
147 p., 18 € / *ISSN : 0242-8962*

Psychanalyse
Dossier « Paroles imposées. Catharsis. Logique collective. Décoinçage »
Érès, 2012, *25*
128 p., 21 € / *ISSN : 1770-0078*

Psychologues et Psychologies
Dossier « Psychologie en exercice libéral »
Bulletin du SNP, 2012, *223*
35 p., 15 € / *ISSN : 0297-6234*

Lien social
Dossier « L'élaboration du projet de vie des personnes polyhandicapées ou l'art du consensus »
2012, *1078*
30 p., sur abonnement / *ISSN : 0994-1819*

PETITE ANNONCE

Vends Nemi-2 complet. Neuf. 350 €.
Tél. : 06 88 61 43 71

OFFRES D'EMPLOI

**> ALÈS (30) – BERGERAC (24)
RÉGION DE CHAMONIX (74)**

PARRAINS PAR MILLE (Parrainage d'enfants en France) recherche, pour ses antennes d'Alès, Bergerac et de Chamonix **trois psychologues clinicien(ne)s** bénévoles expérimenté(e)s pour assurer des entretiens auprès des familles et des futurs parrains-marraines.

***• Contact Alès : Claudine Lesueur
Tél. : 04 66 61 01 62 ou 06 19 32 53 15, le soir après 19 h.***

***• Contact Bergerac : Valérie Peugny
Tél. : 06 31 57 04 56***

***• Contact Chamonix : Violette Mazza
Tél. : 06 87 24 79 93***

> GRANDE SYNTHE (59)

Les Papillons Blancs de Dunkerque, association parentale accompagnant 1 300 enfants et adultes déficients intellectuels (730 salariés, 27 établissements et services), recrutent **un chargé de mission Bientraitance H/F (mission transversale)**

Missions :
• Contribuer à l'analyse et aux réponses à apporter à des situations institutionnelles spécifiques touchant aux questions de la sociologie des organisations ou de la bientraitance.
• Favoriser le partage de savoirs et d'expériences cliniques entre les établissements.
• Renforcer le maillage avec les acteurs de la santé mentale du territoire.
• Assurer la veille documentaire en matière de bientraitance, développer et promouvoir des axes de recherche en matière de pratiques professionnelles innovantes, en référence aux RBP de l'Anesm.
• Contribuer à l'élaboration de programmes de formation dédiés à la bientraitance.
• Contribuer à une régulation des situations mettant en jeu la personne accompagnée et-ou sa famille et-ou son représentant légal et-ou des professionnels et-ou des tiers externes.
• Apporter son expertise psychologique dans l'analyse des faits et-ou des situations de maltraitance.
• Être à l'écoute de la personne accompagnée ou du professionnel, victime ou auteur, de faits et-ou de situations de maltraitance.

Profil :
Diplôme de niveau 1, 10 ans d'expérience au minimum en tant que psychologue clinicien en établissements médico-sociaux

Conditions :
CDI - CC66 - Cadre classe 3 Niveau 1

Envoyer candidature + rétribution actuelle à :
Courriel : dg@papillonsblancs-dunkerque.fr

AVIS DE CONCOURS

En application de l'article 3 du décret n° 91-129 du 31 janvier 1991 modifié portant statut particulier des psychologues de la fonction publique hospitalière et du décret n° 2010-1323 du 4 novembre 2010 portant modification de divers statuts particuliers de la fonction publique hospitalière, sont ouverts :

→ JO n° 0235 du 9 octobre 2012

INDRE-ET-LOIRE (37)
Un concours sur titres au centre hospitalier de Sainte-Maure-de-Touraine, en vue de pourvoir **1 poste de psychologue** vacant dans cet établissement. :
Candidatures à :
***M. le directeur du centre hospitalier de Sainte-Maure-de-Touraine
32, avenue du Général-de-Gaulle
37800 Sainte-Maure-de-Touraine***

→ JO n° 0237 du 11 octobre 2012

CALVADOS (14)

Un concours sur titres au centre hospitalier universitaire de Caen, en vue de pourvoir **11 postes de psychologue** vacants dans les établissements suivants :
• Centre hospitalier universitaire de Caen : 3 postes à 100 % ; 1 poste à 70 % et 2 postes à 50 %
• Centre hospitalier du bassin de Bayeux : 2 postes à 100 %
• Établissement public de santé mentale de Caen : 1 poste à 100 %
• Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes Jeanne Bacon de Villers-Bocage : 1 poste à 100 %
• Centre d'accueil médico-éducatif spécialisé de Graye-sur-Mer : 1 poste à 100 %

Candidatures à :
***M. le directeur général du centre hospitalier universitaire
Service de formation continue, des concours et des stages
Avenue de la Côte-de-Nacre
14033 Caen cedex 9***

→ JO n° 0239 du 13 octobre 2012

MOSELLE (57)
Un concours sur titres au centre hospitalier de Lorquin, en vue de pourvoir **3 postes de psychologue** vacants dans cet établissement.

Candidatures à :
***Centre hospitalier de Lorquin
Directrice des ressources humaines
5, rue du Général-de-Gaulle
57790 Lorquin***

→ JO n° 0241 du 16 octobre 2012

AUDE (11)
Un concours sur titres au centre hospitalier de Narbonne, en vue de pourvoir **2 postes de psychologue** vacants dans cet établissement.

Candidatures à :
***Directeur du centre hospitalier de Narbonne
16, rue Rabelais – BP 824
11108 Narbonne cedex***

→ POUR TOUS CES CONCOURS :

Peuvent faire acte de candidature les personnes de nationalité française et les ressortissants de l'Union européenne titulaires :

1° De la licence et de la maîtrise en psychologie qui justifient, en outre, de l'obtention :

a) Soit d'un diplôme d'études supérieures spécialisées en psychologie ;

b) Soit d'un diplôme d'études approfondies en psychologie comportant un stage professionnel dont les modalités sont fixées par arrêté du ministre chargé de l'Enseignement supérieur ;

c) Soit d'un des titres figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la Santé ;

2° De la licence visée au 1° et d'un Master mention psychologie comportant un stage professionnel dont les modalités sont fixées par arrêté du ministre chargé de l'Enseignement supérieur ;

3° Du diplôme de psychologie délivré par l'école des psychologues praticiens de l'Institut catholique de Paris ;

4° De titres ou diplômes étrangers reconnus comme équivalents des titres et diplômes mentionnés aux 1° et 2° dans les conditions fixées par l'article 1er (5°) du décret n° 90-255 du 22 mars 1990 fixant la liste des diplômes permettant de faire usage professionnel du titre de psychologue, modifié par le décret n° 93-536 du 27 mars 1993 ;

5° D'une qualification reconnue comme équivalente de l'un des titres ou diplômes mentionnés au 1° et au 2° ci-dessus, dans les conditions fixées par le chapitre III du décret n° 2007-196 du 13 février 2007 relatif aux équivalences de diplômes requises pour se présenter aux concours d'accès aux corps et cadres d'emplois de la fonction publique.

Les titres et diplômes visés aux 1°, 2°, 3° et 4° doivent avoir été délivrés dans les spécialités définies par arrêté du ministre chargé de la Santé.

Les dossiers de candidature doivent être adressés, dans un **délai d'un mois** à compter de la date de publication de l'avis au *Journal officiel*, **par écrit**, le cachet de la poste faisant foi.

CONSEILS AUX AUTEURS

Le Journal des psychologues **est un lieu original d'expression où tout un chacun peut exprimer son point de vue et faire partager son expérience.**

Il s'adresse essentiellement à des professionnels exerçant à partir d'une des disciplines de la psychologie.

Ce n'est pas une revue scientifique au sens strict, toutefois les contributions doivent être en adéquation avec le niveau de formation des professionnels qui s'y réfèrent (il ne s'agit pas de vulgarisation).

Seuls les articles n'ayant pas fait l'objet de publication, y compris sur Internet, sont acceptés.

L'écriture :

> Le découpage de l'article doit se faire en paragraphes clairs et distincts, avec **intertitres**.

> Privilégier la clarté sous-tendue de rigueur scientifique.

> Privilégier l'exemple (vignette clinique).

> Accorder une attention à ce que les tenants et aboutissants de l'argument puissent inciter à la réflexion, plutôt que de privilégier une démonstration scientifique détaillée.

> Une attention particulière doit être portée au **caractère vivant** de l'article.

> L'article doit pouvoir être accessible à un professionnel d'un autre secteur de la psychologie (dimension de transversalité).

> Le Journal étant également diffusé auprès des étudiants, les articles peuvent avoir un caractère incitatif vers d'autres lectures complémentaires.

Sur le plan technique :

> Le texte doit nous parvenir sous forme d'un support informatique, en **traitement de texte**.

> L'article doit comprendre, en général, entre 18000 et 24000 signes (espaces comprises).

> Les **nom, prénom et coordonnées complètes** (postales et téléphoniques) de(s) auteur(s) doivent figurer impérativement sur la **page de titre**.

> Un **résumé** et des **mots clés** sont à proposer.

> Le Système Harvard (alphabétique) est utilisé pour la présentation des références bibliographiques. Elles sont appelées dans le texte par le nom du premier auteur, suivi de l'année de parution de l'article cité. Ex. : ... (Anzieu D., 1975). Puis, en fin d'article, la bibliographie présente les références complètes, classées par ordre alphabétique des noms d'auteurs.

Chaque article, après acceptation de sa publication, est confié à la secrétaire de rédaction qui le travaille pour le rendre conforme aux orientations et aux impératifs de publication : modifications, coupes, travail sur le style, etc. Le fond de l'article et sa substance ne sont pas revus.

L'article prêt à être publié est ensuite proposé à l'auteur afin d'obtenir son accord et le bon à tirer (BAT). À cette occasion, il sera également demandé que nous soit envoyée une photo couleur de l'auteur.

Pour toutes propositions d'article, envoyez-les à l'attention des rédacteurs en chef, Delphine Goetgheluck et Patrick Conrath, à l'adresse suivante : jdp@martinmedia.fr



Ouvrages de référence sur la résilience

« La résilience, c'est la capacité à reconstruire une vie normale après une épreuve traumatisante. »



Vivre devant soi : être résilient et après ?

Sous la direction de Boris Cyrulnik

Les contributions du présent ouvrage révèlent comment la résilience, étudiée de manière transversale, opère dans les moments et les secteurs les plus variés (famille, école, loisirs,…) jusqu'aux âges les plus avancés de l'existence.

La résilience est appréhendée ici avec un ton nouveau. Elle est, elle-même, mise à l'épreuve dans une perspective dialectique avec les nombreux éclairages de spécialistes de tout horizon.

Non réductible à un effet de mode, la résilience devient cependant un outil opératoire pour les acteurs de la vie sociale.

208 pages – 23 €*
Frais de port compris.



Ces enfants qui tiennent le coup

Sous la direction de Boris Cyrulnik

Un enfant qui tient le coup, c'est ce que nous appelons un enfant « résilient ».

Les principaux spécialistes, français et étrangers, du concept de résilience, étudient et analysent ce qui amène certains enfants à résister malgré les risques de traumatisme.

Grâce à ces travaux, de nouvelles perspectives de travail et de recherche s'ouvrent pour les spécialistes de la prévention, les médecins, les psychologues et les travailleurs sociaux.

120 pages – 15 €* – Frais de port compris.

BON DE COMMANDE

à découper ou photocopier et à retourner au : Journal des psychologues – CDE
10, a. Victor-Hugo – CS 60051 – 55800 REVIGNY – N° Indigo 0 825 82 63 63 – Fax 03 29 70 56 74

Code AJDP0006

Nom ....

Prénom ....

Adresse ....

....

Code postal ⎿⎿⎿⎿⎿

Ville ....

OUI, je souhaite recevoir :

...... ex. de **Vivre devant soi : être résilient et après ?** *(Réf. 0103LIVP)*
au prix unitaire de **23 €*** soit .... €

...... ex. de **Ces enfants qui tiennent le coup** *(Réf. 0012OUVP)*
au prix unitaire de **15 €*** soit .... €

TOTAL .... €

❑ Je choisis de régler :

❑ par chèque joint à l'ordre du *Journal des psychologues*

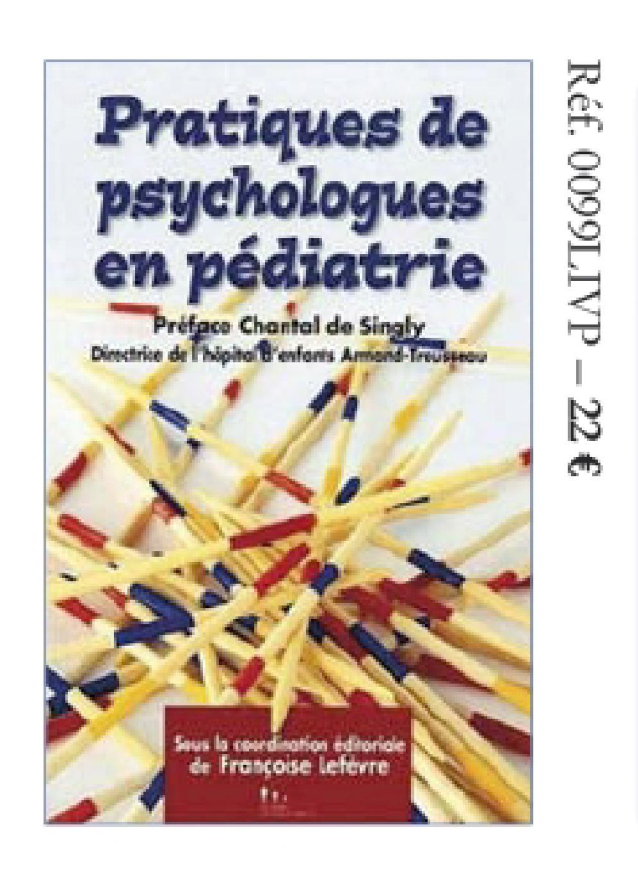
❑ par carte bancaire ⎿⎿⎿⎿⎿⎿⎿⎿⎿⎿⎿⎿⎿⎿⎿⎿

Expire fin ⎿⎿ ⎿⎿ Signature *(uniquement CB)*

Code CVC ⎿⎿⎿ Code vérification client
(trois derniers chiffres du n° figurant au verso de votre carte)

* *Tarif France métropolitaine. Autres destinations, consulter* www.jdpsychologues.fr

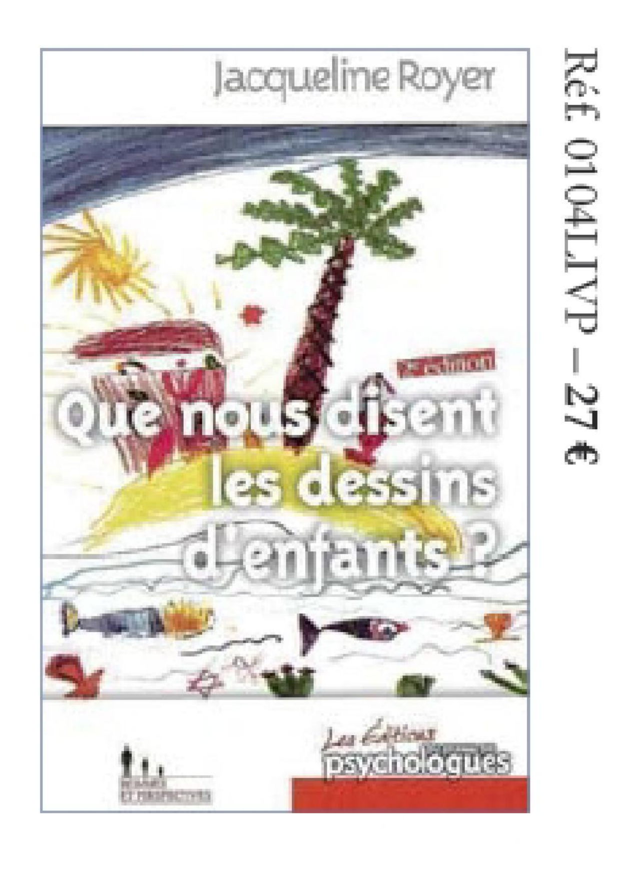
3 OUVRAGES DE RÉFÉRENCE



Réf. 0099LIVP – 22 €

Pratiques de psychologues en pédiatrie

Dans *Pratiques de psychologues en pédiatrie,* ces professionnels, soucieux du bien-être et de la santé mentale de leurs jeunes patients, exposent, avec rigueur et précisions, quelles sont leurs missions. Ainsi, après avoir défini leur rôle en mettant l'accent sur l'écoute spécifique qu'ils pratiquent et présenté leurs méthodes et techniques d'intervention, ils exposent des cas concrets de prévention et de prise en charge thérapeutiques. Enfants asthmatiques ou énurétiques, adolescents suicidaires ou séropositifs, fratrie brisée par l'hospitalisation de l'un des membres : les jeunes patients que prennent en charge les psychologues de l'hôpital Armand-Trousseau souffrent de maux divers et variés, mais tous ont en commun un état de souffrance qu'il faut soulager. C'est la tâche majeure et essentielle que ce Collège de psychologues s'est fixée comme ils l'expliquent dans cet ouvrage.



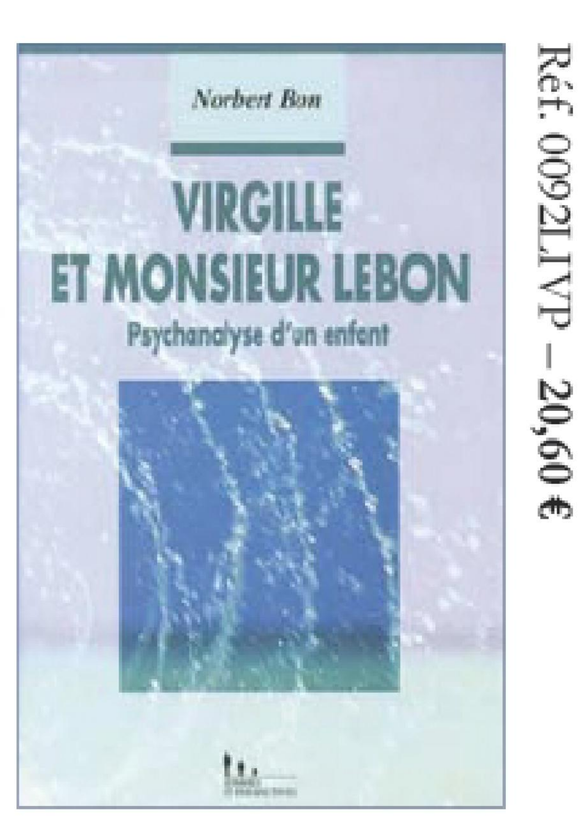
Réf. 0104LIVP – 27 €

Que nous disent les dessins d'enfants ?

Le dessin est un langage, un langage plus ou moins ésotérique. Comment est-il apparu chez l'être humain ? Comment se développe-t-il chez l'enfant ? Pourquoi la faculté de l'utiliser, sinon de le comprendre tout à fait, se perd-elle aux abords de l'adolescence ?

C'est en remontant aux origines, puis en passant en revue les principales recherches sur l'interprétation des dessins d'enfants, que l'auteur élabore une méthode pratique de traduction des messages que nous adresse chaque enfant à travers la spécificité de ses dessins. En s'appuyant sur une telle synthèse, sur une expérience clinique et personnelle.

Jacqueline Royer nous introduit à une meilleure écoute de l'enfant.



Réf. 0092LIVP – 20,60 €

Virgille et Monsieur Lebon – Psychanalyse d'un enfant

« Je sais comment tu t'appelles, tu t'appelles M. Lebon »

Ainsi s'engage pour Virgille, petit garçon de cinq ans, l'aventure transférentielle. L'analyse est affaire de rencontre entre un enfant qui cherche un lieu où poser sa question et un analyste que son désir incline à s'en faire le support, « au prix d'être réduit, lui et son nom, au signifiant quelconque » (Lacan). Question d'éthique donc, sans laquelle aucune pratique ne saurait se supporter. Ici, au fil des séances, le récit nous amène au cœur de cette relation avec ses avancées et ses vicissitudes, pour faire apparaître le ressort et la dynamique de la cure. En même temps, à travers le cas de Virgille et son imaginaire singulier, il permet de traiter les questions théoriques et techniques que soulève l'analyse d'enfant.

BON DE COMMANDE

à découper ou photocopier et à retourner au **Journal des psychologues – CDE – 10, av. Victor-Hugo CS 60051 – 55800 Revigny-sur-Ornain** – N° Indigo 0 825 82 63 63 – **Fax 03 29 70 56 74**

Code AJDP0010

Nom ....

Prénom ....

Adresse ....

....

Code postal |_|_|_|_|_|

Ville ....

OUI, je souhaite recevoir :

.... ex. de **Pratiques de psychologues en pédiatrie** *(Réf. 0099LIVP)*
au prix unitaire de **22 €*** soit .... €

.... ex. de **Que nous disent les dessins d'enfants ?** *(Réf. 0104LIVP)*
au prix unitaire de **27 €*** soit .... €

.... ex. de **Virgille et Monsieur Lebon – Psychanalyse d'un enfant** *(Réf. 0092LIVP)*
au prix unitaire de **20,60 €*** soit .... €

Je choisis de régler :

❑ par chèque joint à l'ordre du *Journal des psychologues*

❑ par carte bancaire |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Expire fin |_|_| |_|_| Signature *(uniquement CB)*

Code CVC |_|_|_| Code vérification client
(trois derniers chiffres du n° figurant au verso de votre carte)

* *Tarif France métropolitaine. Autres destinations, consulter* www.jdpsychologues.fr





LES DOSSIERS

- n°301 – **Des psychologues sur Internet ?**
- n°300 – **Le Journal a 30 ans !**
- n°299 – **Le jeu chez l'enfant :** penser, se construire
- n°298 – **Le corps en médiation :** expression et psychothérapie
- n°297 – **La mémoire.** Du temps perdu à la conscience de soi
- n°296 – **La renaissance du bébé :** Hommage à Michel Soulé
- n°295 – **L'éducation thérapeutique :** Prendre soin ou éduquer ?
- n°294 – **L'enfant sous emprise :** le syndrome d'aliénation parentale
- n°293 – **Langages et corps à l'adolescence**
- n°292 – **Droits et familles d'aujourd'hui**
- n°291 – **Regards actuels sur le handicap**
- n°290 – **Les jeunes et la migration**
- n°289 – **Pratiques en psychiatrie**
- n°288 – **La médiation :** enjeux et pratiques
- n°287 – **Au cœur de l'institution gériatrique**
- n°286 – **L'empathie**
- n°285 – **Sens et odeurs**
- n°284 – **Le couple en psychanalyse**
- n°283 – **Le plaisir au travail ?**
- n°282 – **Le départ en retraite**
- n°281 – **Le génogramme:** histoires de famille
- n°280 – **Université:** la formation en question
- n°279 – **Enfance et violences**
- n°278 – **Voyager, pour quoi faire ?**
- n°277 – **Le signalement :** prévenir et protéger
- n°276 – **Dispositifs cliniques :** entre théorie et pratiques
- n°275 – **Les corps en souffrance**
- n° 274 – **Les Violences politiques**
- n° 272 – **L'intime de l'écriture**
- n° 271 – **La psychologie communautaire**

Tous ces numéros sont encore disponibles !

Ces dossiers sont présentés en détail sur www.jdpsychologues.fr
Rubrique *Les archives* → *rechercher un article* → *mot clé du dossier recherché*
Service disponible pour tous les numéros présentés ci-dessus à partir du n° 231

BON DE COMMANDE

À retourner
au
Journal des psychologues
Service commandes
10, avenue Victor-Hugo
CS 60051
55800 Revigny-sur-Ornain
N°Indigo 0 825 82 63 63
Fax : 03 29 70 56 74

Nom : .... Prénom : ....

Adresse : ....

Code postal : ☐☐☐☐☐ Ville : ....

Courriel : ....@....................

Je commande le(s) numéro(s) du *Journal des psychologues*, à 6,00 €* l'unité Frais de port compris

N[os] ...... / ...... / ...... / ...... / ...... / ...... / ...... / ...... / ...... / ...... / ...... / ...... / ...... / ...... / ...... /

...... / ...... / ...... / ...... / ...... / ...... / ...... / ...... / ...... / ...... / ...... / ...... / ...... / ...... / ...... /

Code AJDP0014

Je joins mon réglement à l'ordre du *Journal des psychologues* :

❏ par chèque bancaire ou postal

❏ par carte bancaire n° : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Expire fin : ☐☐☐☐

Code CVC ☐☐☐ *code vérification client* Signature

(trois derniers chiffres du numéro figurant au verso de votre carte) *(uniquement pour CB)*

* Tarif France Métropolitaine